CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM S.A.S
NIT: 901202489-3

Medellin, 1 de diciembre de 2023

Señora
GOBERNACION DEL QUINDIO
Armenia- Quindío

Asunto: CONTRATO INTERVENTORIA No. 010 DE 2023
INTERVENTORÍA TECNICA, ADMINISTRATIVA, JURIDICA, FINANCIERA Y AMBIENTAL AL CONTRATO DE OBRA CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO
PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES LEGALES

Estimados señores:

RICARDO LEON AMAYA MOSQUERA identificado con cedula 71.336.012, en mi condición de Representante Legal de **CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS** identificada con NIT 901202489-3 y el contador **JESUS NOEL FIGUEROA MENA**, bajo la gravedad de juramento, certificamos, el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (articulo 65 Ley 1819 de 2016 y articulo 3 Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el articulo 50 de la Ley 789 de 2002.

Conforme el articulo 65 de la Ley 1819 de 2016 referente a la adición del articulo 114-1 del Estatuto tributario, bajo la gravedad de juramento, manifestamos que nos encuentro exonerado del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios minimos mensuales legales vigentes.

atentamente

Ricardo Amaya.

RICARDO LEON AMAYA MOSQUERA
Representante Legal
N° De Identificación CC 71336012

JESUS NOEL FIGUEROA MENA
Contador
CC 70.107.831
TP N° 54494-T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6539E66096DB6560C6

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JESUS NOEL FIGUEROA MENA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 70107831 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 54494-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 6 días del mes de Agosto de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Ximena Barrios

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



54494-T

JESUS NOEL
FIGUEROA MENA
C.C. 70107831

RESOLUCION INSCRIPCION 126 FECHA 14/08/1997
UNIVERSIDAD AUTONOMA LATINOAMERICANA

PRESIDENTE

MAURICIO ESPAÑOL LEON

61161

DUPLICADO

8412

Esta tarjeta es el unico documento que acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 70.107.831

FIGUEROA MENA

APELLIDOS

JESUS NOEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1956

PUERTO LOPEZ
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. R- | M SEXO

30-DIC-1976 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0100100-00126780-M-0070107831-20091111 0005786237A 1 2070028550

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

6E919F6A039E28E6

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JESUS NOEL FIGUEROA MENA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 70107831 de MEDELLIN (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 54494-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ********************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Febrero de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-14, 03:27:53 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1059747898

Periodo Cotización: noviembre de 2023 **Periodo Servicio:** diciembre de 2023

PAGADO 14/12/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS		
Documento	NI901202489	**Dirección**	CL 32F #75 C - 86
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	5591724
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	AMAYA MOSQUERA RICARDO LEON	**Identificación**	CC 71336012
Total Afiliados	9	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1144136989	KATHERINE COLORADO VIVAS	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6.960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 369.200
CC 17966812	CARLOS ANDRES SIERRA AMAYA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.160.000	$ 46.400	6.960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 369.200
CC 41949031	CLAUDIA LORENA ZULUAGA PARRA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.160.000	$ 46.400	6.960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 369.200
CC 43841796	GLORIA ISABEL POSADA SISQUIARCO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.100.000	$ 336.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.100.000	$ 84.000	6.960	$ 2.100.000	$ 146.200	(CCF04) COMFAMA	$ 2.100.000	$ 84.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 668.200
CC 43979051	ANA LIDA WALDO MOSQUERA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS032) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	0.522	$ 1.160.000	$ 6.100	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 284.500
CC 70268601	FERNANDO LEON ALZATE DUQUE	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.800.000	$ 72.000	6.960	$ 1.800.000	$ 125.300	(CCF04) COMFAMA	$ 1.800.000	$ 72.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 597.300
CC 71336012	RICARDO LEON AMAYA MOSQUERA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.160.000	$ 46.400	6.960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 369.200
CC 7554187	JULIO CESAR WALTEROS GUERRA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.600.000	$ 416.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.600.000	$ 104.000	6.960	$ 2.600.000	$ 181.000	(CCF04) COMFAMA	$ 2.600.000	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 806.000
CC 9777657	GERMAN OCAMPO VALENCIA	01	00																	0	0	30	30	30	(NN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 46.400	6.960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 173.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 12.300.000	$ 13.460.000	$ 13.460.000	$ 13.460.000	$ 1.968.000	$ 538.400	$ 862.600	$ 538.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.907.400	$ 0	$ 3.907.400

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-13, 07:35:05 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1059185346

Periodo Cotización: noviembre de 2023 **Periodo Servicio:** noviembre de 2023

PAGADO 10/12/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS MARIO TABARES LOAIZA		
Documento	CC1094924233	**Dirección**	CR 16B #9 - 48 NO 9-48 SIMON BOLIVAR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3218312310
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CIRCASIA	**Departamento**	QUINDIO
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	DCN	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	Días APO	Días ESS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1094924233	CARLOS MARIO TABARES LOAIZA	57	00																0	30	30	30	0	(250301) PORVENIR	$ 1.800.000	$ 288.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.800.000	$ 225.000	0,522	$ 1.800.000	$ 9.400	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 522.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 1.800.000	$ 0	$ 288.000	$ 225.000	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 522.400	$ 0	$ 522.400

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-12-10, 08:49:23 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2023
Empresa	CARLOS MARIO TABARES LOAIZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1094924233
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1059185346
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	328380669
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 522.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 288.000	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 225.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 9.400	$ 0
			SubTotales:	$ 522.400	$ 0
			Total a Pagar:		$ 522.400

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

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Bogotá, 10 de diciembre de 2023

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

Información de la empresa:

Razón Social: CARLOS MARIO TABARES LOAIZA

Documento de Identidad: CC 1094924233

Usuario: CARLOS TABARES

Teléfono: 3218312310

Número de Planilla: 1059185346

Fecha de Recepción: 10 de diciembre de 2023

Periodo de Cotización: 2023-11

Información relacionada a Pensiones

Administradora: 230301 - PORVENIR
Número de empleados: 1
Valor: $288.000

Información relacionada a Salud

Administradora: EPS010 - EPS SURA
Número de empleados: 1
Valor: $225.000

Información relacionada a Riesgos

Administradora: 14-23 - ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG
Número de empleados: 1
Valor: $9.400

Total Pagado: $522.400

Codialmente,

SERVICIO AL CLIENTE
SIMPLE S.A.
¡Más que fácil, SIMPLE! ®
FonoSIMPLE:Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 - Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 -Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971Chat www.pagosimple.com/portal/chat;de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.O déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en www.pagosimple.com/portal/contactenos.

CLINICA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7562071		DAZA TORRES JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C CIAL BOLIVAR LOCAL A06	ARMENIA-QUINDIO	7458026	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	20231215144123311099	9460415860	I	2023/12/19	2023/12/15	BANCO AV VILLAS	0	$886,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	tma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	7562071	DAZA TORRES JULIO CESAR																		230201	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$312,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$886,500
Total	**Afiliados(1)**																						$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$0	$0			$2,500,000	$174,000		$0	$0		$886,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7562071		DAZA TORRES JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C CIAL BOLIVAR LOCAL A06	ARMENIA-QUINDIO	7458026	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	20231215144123311099	9460415860	I	2023/12/19	2023/12/15	BANCO AV VILLAS	0	$886,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$400,000	$0	$0	$400,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$174,000	$0	$0	$174,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$174,000	$0	$0	$174,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,500	$0	$0	$312,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$312,500	$0	$0	$312,500
TOTAL				1	$886,500	$0	$0	$886,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7562071		DAZA TORRES JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C CIAL BOLIVAR LOCAL A06	ARMENIA-QUINDIO	7458026	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	20231011115743311059	9457542466	I	2023/10/18	2023/10/11	BANCO AV VILLAS	0	$886,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	7562071	DAZA TORRES JULIO CESAR																		230201	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$312,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,500,000	$174,000	0	$0	$0	No	$886,500
Total	**Afiliados(1)**																						$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$312,500			$0	$0			$2,500,000	$174,000		$0	$0		$886,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7562071		DAZA TORRES JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C CIAL BOLIVAR LOCAL A06	ARMENIA-QUINDIO	7458026	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	20231011115743311059	9457542466	I	2023/10/18	2023/10/11	BANCO AV VILLAS	0	$886,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400,000	$0	$0	$400,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$400,000	$0	$0	$400,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$174,000	$0	$0	$174,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$174,000	$0	$0	$174,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,500	$0	$0	$312,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$312,500	$0	$0	$312,500
TOTAL				1	$886,500	$0	$0	$886,500

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **CARLOS MARIO TABARES LOAIZA** con **CC** No. **1094924233**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 800215807 - INSTITUTO NACIONAL DE VIAS	**Fecha de última cobertura:** 10/10/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 09/10/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 5 **Cargo :** INGENIERO CIVIL **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a trayés de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 2023010211949.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de noviembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **CARLOS MARIO TABARES LOAIZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1094924233** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1094924233
NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS MARIO TABARES LOAIZA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	03/05/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	257
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	43

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **17/10/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS MARIO TABARES LOAIZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.094.924.233**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Octubre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-10-25, 02:44:30 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1058109089

Periodo Cotización: septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023

PAGADO 17/10/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS		
Documento	NI901202489	**Dirección**	CL 32F #75 C - 86
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	5591724
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal	AMAYA MOSQUERA RICARDO LEON	**Identificación**	CC 71336012
Total Afiliados	5	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 17955812	CARLOS ANDRES SIERRA AMAYA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200
CC 41949031	CLAUDIA LORENA ZULUAGA PARRA	01	00	X																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 44.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 367.500
CC 43979051	ANA LIDA WALDO MOSQUERA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.160.000	$ 46.400	0,522	$ 1.160.000	$ 6.100	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 284.500
CC 7594187	JULIO CESAR WALTEROS GUERRA	01	00	X																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.600.000	$ 416.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.600.000	$ 104.000	6,960	$ 2.600.000	$ 181.000	(CCF04) COMFAMA	$ 2.600.000	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 805.000
CC 93295492	GERARDO FABIAN GRIJALBA JARAMILLO	01	00	X																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 46.400	6,960	$ 1.160.000	$ 80.800	(CCF04) COMFAMA	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 359.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 7.240.000	$ 7.240.000	$ 7.240.000	$ 7.196.000	$ 1.158.400	$ 289.600	$ 429.500	$ 287.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.165.400	$ 0	$ 2.165.400

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

¡El Poder de la SIMPLE!

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30688235
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANDREA DEL PILAR GALOFRE CARO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 44 A # 77 - 40	TELÉFONO:	5805156
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7900151947	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	258837519

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 429.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.100	$ 0	$ 429.100
SUBTOTALES:										**$ 429.100**	**$ 0**	**$ 429.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 335.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 335.200	$ 0	$ 0	$ 335.200
SUBTOTALES:													**$ 335.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 335.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 65.400	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 65.400
SUBTOTALES:									**$ 65.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 65.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DCR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 30688235	GALOFRE CARO ANDREA DEL PILAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.681.543				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.681.543	$ 429.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 429.100	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 2.681.543	$ 335.200	$ 0	$ 335.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.681.543	30688235	$ 65.400	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 829.700

EPS | sura ARL | sura

Medellín, 12 de Octubre de 2023

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 CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96%
C43841796	POSADA SISQUIARCO GLORIA ISABEL	11/10/2023		20Aj1371	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C438417962328545551

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 12/10/2023 12:39:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.32.167, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GLORIA ISABEL POSADA SISQUIARCO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **43841796,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de octubre de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación (NIT / CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador (Agrupación)
NIT	901202489	3			

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación (CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil (1 2 3 4 5)	Fecha de nacimien
CC							

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Datos laborales

Tipo de Salario (1 2 3)	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato (1 2)	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
1	$						SI ____ NO

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación (CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género (F M)	Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	Ocu (1 2)

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación (CC / CE / PA / RC / TI)	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco (Conyuge / Hijo / Padre / Padre Madre / Hermano(a))	Discapacidad	Fecha de Nacimiento (DD MM AAAA)	Género (Femenino / Masculino)

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta _____
- Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera _____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de Identidad. Para mayor información ingrese a nue www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tien realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página http://WWW.COMFAMA.COM/. Declaro bajo gravedad de juramento que: toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquer contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos [illegible] las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2 información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012 indicanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto inclu

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extrajera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o rea administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biometrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de m confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que [illegible] AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del sig protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirse a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de M[illegible] (Antioquia).

comfama
Sede Claustro
11 OCT 2023 34
Recibido

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
		1002316409	

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **RICARDO LEON AMAYA MOSQUERA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **71336012**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71336012
NOMBRES Y APELLIDOS	RICARDO LEON AMAYA MOSQUERA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	15/05/2002
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	1041
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	34
EMPLEADOR(ES)	NI 901202489 CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS DESDE 25/10/2023

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **30/10/2023**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 26 de Octubre de 2023

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 CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96%	
C70288601	ALZATE DUQUE FERNANDO LEON	25/10/2023		16015121	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C702886012329952964

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 26/10/2023 14:42:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.32.167, 192.230.86.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FERNANDO LEON ALZATE DUQUE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **70288601,** se encuentra afiliado/a desde **17/12/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de octubre de 2023.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha DD

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación (NIT / CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificacion	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Telefono	Ubicación del trabajador - Agrupación
NIT	901202439		(Consultorio Jurídico Construcciones Pamplona S.A.S)	6045749172	

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificacion (CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil (1 2 3 4 5)	Fecha de nacimient
CC	1088						

Datos de residencia del trabajador dependiente

Direccion	Departamento	Ciudad/Municipio	Codigo Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Datos laborales

Tipo de Salario (1 2 3)	Salario mes	Hrs contratadas dia	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato (1 2)	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
1	$ 1160000	6	29	2		Ayudante de Construcción	SI ____ NO

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación
				SI NO Cual?
				SI NO Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación (CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocup
							DD MM AAAA	1 2

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación (CC / CE / PA / RC / TI)	Numero	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco (Conyuge / Hijo / Hijastro / Padre / Madre / Hermano / Nieto)	Discapacidad	Fecha de Nacimiento (DD MM AAAA)	Género (Femenino / Masculino)

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria

- ☐ Cuenta Personal — Número de cuenta ____
- Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente
- Entidad financiera ____
- ☐ Tarjeta de afiliación
- ☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nue www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tien realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignará el Subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página ttp://WWW.COMFAMA.COM/. Declaro bajo gravedad de juramento que: toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquer ontempladas por la ley.

a información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2 nformación recolectada se utilizara para las finalidades de ley, conforme los parametros establecidos en el Ley 1581 de 2012

ndicanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a traves de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluy

Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.

Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.

Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.

El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.

Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extrajera que maneje o a [illegible] os, preste servicios de verificación o rea administración de riesgos.

Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biometrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de m onfidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del sig rotecciondatospersonales@comfama.com.co, o podra dirigirla a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

comfama
Sede Claustro
26 OCT 2023 73

Transacción: ____

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
			Recibido

ARL | sura

Medellín, 30 de octubre de 2023

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que GERMAN OCAMPO VALENCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 9777657 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 25/10/2023 **Fecha fin cobertura:** 31/12/2023

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS N901202489

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411101 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL
CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5411101 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5411101 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES
CODIGO DE ACTIVIDAD: 5411101
CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6.96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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:
C97776572330339061

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: 30/10/2023 10.50 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

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

173706061

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia / - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Ocampo	Segundo Apellido: Valencia	Primer Nombre: German	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC X PA SC	9777657	Femenino Masculino X	27 06 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Colpensiones	1160000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cl 42 25-09	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3102056291	Ingenieros2706@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Calarca	Urbana X Rural		Quindio

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			
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
CN TI CE CD / RC CC PA SC		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				

Datos Complementarios

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

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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	Centro Medico Armenia – Asprodunto SAS	279912-186304
B		
B		
B		

KPDATA

Powered by CamScanner

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consultoria y Construcciones Ram	NIT X TI CE CC PA CD	901202989	

39. Ubicación
Dirección: Cl 34B 81A-70 Int 201 | Teléfono Fijo: 5591729

Correo Electrónico: miryambeta180@gmail.com | Municipio / Distrito: Medellin | Departamento: Antioquia

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 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 protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN RC TI CC PA CE CD SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
				24 10 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Activo beneF Sanitas		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
German Ocampo	Miryam Betancur

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBÉN (Número de ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

EPS SANITAS
SOLICITUD PARA VERIFICACIÓN DE DATOS

24 OCT 2023

Observaciones: Dep 01

RECIBIDO POR: Catalina P.

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Catalina Palacio CC 1036662928		

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado German Ocampo Valencia

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI	NO
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?	SI	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI	NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI	NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI	NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI	NO

German Ocampo

Firma del Afiliado

Documento de Identidad 9777657

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el 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 dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

Powered by CamScanner

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

German Ocampo Valencia, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com..

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, peticion, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envio de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electronico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública, consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en **www.epssanitas.com**. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: German Ocampo

Nombre: German Ocampo Valencia

Identificación: 9777657

Fecha: 24-10-2023

Powered by CamScanner

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GERMAN OCAMPO VALENCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **9777657,** se encuentra afiliado/a desde **09/06/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de octubre de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

1002341528

Comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de DD	MM

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Telefono	Ubicación del trabajador deper Agrupación	Sucur
NIT	901224487		[illegible]	4552114		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento
CC	1128477457	[illegible]	[illegible]	[illegible]		1 2 3 4 5	27 06 1997

Datos de residencia del trabajador dependiente

Direccion	Departamento	Ciudad/Municipio	Codigo Postal	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electrónico
[illegible]	[illegible]	[illegible]				

Datos laborales

Tipo de Salario 1 2 3	Salario mes	Hrs contratadas dia	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
	$1'160.000	8	240	2	21 08 2023	[illegible]	SI ___ NO ___

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación CC CE PA RC TI	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Genero F M	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Ocupación 1 2 3

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación CC CE PA RC TI	Numero	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco Conyuge Hijo Hijastro Padre/Madre Padrastro/madrastra	Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Genero Femenino Masculino

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a tra

☐ Cuenta Personal Número de cuenta ____

Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad financiera ____

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago con documento de identidad. Para mayor información ingrese a nuestra pá www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene conv realizar este pago

NOTA: Comfama solo consignará el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este, y no lo tarjeta pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web http://WWW.COMFAMA.COM/. Declaro bajo gravedad de juramento que: toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las s contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002. información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indicanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a traves de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinion sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas públicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional [illegible] administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice a administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biométrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relacion contractual o despues de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a traves de nuestro portal web www.comfama.com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguient protecciondatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirla a la siguiente direccion: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

comfama
Sede Claustro
26 OCT 2023 73
Transacción: ____
Recibido

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama

Cod.

ARL | sura

Medellín, 12 de September de 2023

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 CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C7554187	WALTEROS GUERRA JULIO CESAR	13/09/2023		230q47XE	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/09/2023 14:39:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.29.138.188, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

173706140

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades ✓
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ✓ / - Beneficiario o Afiliado adicional / B. Colectiva / C. Institucional / D. De Oficio
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 por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Walteros | Segundo Apellido: Guerra | Primer Nombre: Julio | Segundo Nombre: Cesar
7. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC ✓ / PA / SC
8. Número del documento de identidad: 7554187
9. Sexo: Femenino / Masculino ✓
10. Fecha de nacimiento: 06 09 1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 2600000
18. Residencia Dirección: Cl 26 Norte 18-10
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3128326804
Correo Electrónico: jcwging@yahoo.es
Municipio / Distrito: Armenia
Zona: Urbana ✓ / Rural
Localidad / Comuna
Departamento: Quindio

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
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino / Masculino
23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

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

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	Condición (T P)	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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		
B		
B		
B		

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

KPRATA

Powered by CamScanner

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Construram SAS	NIT X TI CE CC PA CD	901202489	

39. Ubicación
Dirección: Cl 34B 81A -70 int 201 — Teléfono Fijo: 5591729

Correo Electrónico: Construramsas@gmail.com — Municipio / Distrito: Medellin — Departamento: Ant.

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 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 protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	12 09 2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Activo Cot Sanitas	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de 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 envíe información al correo electrónico 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, institución o de oficio
Julio Walteros	Miryam B.

IX. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL
56. Anexo copia del documento de identidad: 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	71. Firma del Funcionario

Tipo de documento	Número de documento de identidad

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
13 SEP 2023
RECIBIDO POR: Cata P.

Observaciones: Depol

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

Doc identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Catalina Palacio RC 1036662928		

Powered by CamScanner

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de DD	MM

Importante
- Por favor lea la información al respaldo antes de diligenciar el formulario.
- Diligenciar este formato con letra clara y utilizar tinta de color negro.
- Favor no escribir en los espacios sombreados, ni utilizar resaltador en las casillas.

Datos del empleador

Tipo de Identificación (NIT / CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador deper: Agrupación	Sucur
	901					

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación (CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil (1 2 3 4 5)	Fecha de nacimiento	C

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Código Postal	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Datos laborales

Tipo de Salario (1 2 3)	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato (1 2)	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Trabajador Sector Agropecuario
	$						SI ____ NO ____

Datos adicionales empleadas servicio doméstico (Relacione información de empleadores adicionales con los que labora)

Nit	Razón Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación				
				SI		NO		Cual?
				SI		NO		Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación (CC / CE / PA / RC / TI)	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación (1 2 3 4)
							DD MM AAAA	

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación (CC / CE / PA / RC / TI)	Número	Primer Apellido	Segundo apellido	Nombres Completos	Parentesco (Cónyuge / Hijo / Hijastro / Padre/Madre / Padrastro)	Discapacidad	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Género (Femenino / Masculino)

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para entregar el valor del subsidio - cuota monetaria a tra

☐ Cuenta Personal Número de cuenta _____

Tipo de Cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Entidad financiera _____

☐ Tarjeta de afiliación

☐ Pago con documento de Identidad. Para mayor información ingrese a nuestra pá www.comfama.com y consulte las entidades con las cuales Comfama tiene conv realizar este pago.

NOTA: Comfama solo consignara el subsidio familiar - cuota monetaria a los trabajadores que tengan derecho a este; y no lo tenga pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web http://WWW.COMFAMA.COM/ Declaro bajo gravedad de juramento que: toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las s contempladas por la ley.

La información y/o datos personales que se solicitan en este documento se hace con el fin de cumplir con los requerimientos establecidos en las normas que regulan el Sistema del Subsidio Familiar especialmente las Leyes 21 de 1982 y 789 de 2002. l información recolectada se utilizará para las finalidades de ley, conforme los parámetros establecidos en el Ley 1581 de 2012.

Indicanos si en tu calidad de: afiliado, proveedor, usuario, cliente, aliado, autorizas a Comfama para conocerte mejor y comunicarnos contigo a través de los canales de contacto que nos has suministrado directamente o a través de terceros. Esto incluye:

- Contactarte para conocer tu opinión sobre la prestación de nuestros servicios.
- Tratar tus datos personales para diseñar y ofrecerte servicios y programas personalizados nuestros y de terceros.
- Verificarte y analizarte en las diferentes fuentes o consultas publicas para el cumplimiento de obligaciones legales y contractuales.
- El buen desarrollo del servicio, programa, evento, contrato.
- Almacenar, consultar, compartir, verificar, reportar, actualizar y rectificar tus datos personales al interior de Comfama o ante cualquier otra entidad nacional o extrajera que maneje o administre bases de datos, preste servicios de verificación o realice a administración de riesgos.
- Transferir o transmitir tus datos a terceros dentro y/o fuera de Colombia.

comfama

Sede Claustro

Esta autorización incluye el tratamiento de datos personales de carácter biometrico y aplicará aun cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma y permite que el tratamiento de los datos sea realizado de manera confidencial por COMFAMA o por terceros.

Recuerda que no estás obligado a diligenciar los datos personales de menores de edad o información tuya y de tus beneficiarios que sea sensible. 1-2-SEP-2023 48 ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

La política de privacidad podrá ser consultada a través de nuestro portal web www.comfama .com. La solicitud de actualización, rectificación o consulta sobre los datos personales suministrados podrá hacerla a través del siguient proteccióndatospersonales@comfama.com.co, o podrá dirigirse a la siguiente dirección: Cra 45 N° 49 a 16 en la ciudad de Medellín (Antioquia)

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama Transacción: _____ Recibido	Sello de ingreso al sistema en Comfama

Cod.

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JULIO CESAR WALTEROS GUERRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7554187,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de octubre de 2023.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL | sura

Medellín, 11 de September de 2023

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 CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C41949031	ZULUAGA PARRA CLAUDIA LORENA	12/09/2023		123M2012	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/09/2023 18:52:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.29.138.188, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/09/2023, el empleador CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM identificado con NIT número 901202489 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6164408	12/09/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	41949031	CLAUDIALORENA ZULUAGA PARRA	1160000	PROFESIONALES DE GESTIÁN DE TALENTO	2023-09-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Septiembre del año 2023.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA LORENA ZULUAGA PARRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **41.949.031**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 12 de Octubre de 2023

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 CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES RAM SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96%
C1144136986	COLORADO VIVAS KATHERINE	11/10/2023		231L1241	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C11441369862328534252

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 12/10/2023 09:30:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.93.249.92, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, Octubre / 17 de 2023

Señor (a): KATHERINE COLORADO VIVAS
CC. 1144136986
CR 3 E N 70 90
CALI

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Agosto / 1 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) KATHERINE COLORADO VIVAS identificado(a) con C.C No. 1.144.136.986, 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 17 de octubre del 2023.

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 PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30688235
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDREA DEL PILAR GALOFRE CARO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 44 A # 77 - 40	TELEFONO:	5905196
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades regulaciones y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			79001519847	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			256937519

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 429.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.100	$ 0	$ 429.100
SUBTOTALES:										**$ 429.100**	**$ 0**	**$ 429.100**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 335.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 335.200	$ 0	$ 0	$ 335.200
SUBTOTALES:													**$ 335.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 335.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD RP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 65.400	$ 65.400	$ 0	$ 0	$ 65.400
SUBTOTALES:									**$ 65.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 65.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	ESTAMPA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INR
1	CC 30688235	GALOFRE CARO ANDREA DEL PILAR	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 2.681.543				NO																	

N°	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	230301 - PORVENIR	30	$ 2.681.543	$ 429.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 429.100	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS S.DE	30	$ 2.681.543	$ 335.200	$ 0	$ 335.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.681.543	30688235	$ 65.400	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 829.700**