aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901722340	6	CONSORCIO CENTRO DE COMERCIO VALLEDUPAR 2023	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 6 BIS CR 48 ESQ	VALLEDUPAR-CESAR	4229885	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	710355537	9467994029	E	2024/06/13	2024/06/17	BANCOLOMBIA	4	$5,311,500

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1065567939	AGUILAR BRIYITH																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
2	CC	5121487	CARO LUIS																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
3	CC	1065825929	MACIAS BRAYAAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
4	CC	17955785	MARTINEZ JOE																		230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$80,000	CCF15	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
5	CC	1123733803	MORALES EDUARDO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
6	CC	5174419	MURGAS JOSE																		230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS037	30	$2,000,000	$80,000	CCF15	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0	Si	$619,200
7	CC	1065564617	PALMERA MARIA																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
8	CC	1192778000	RAMOS DANIELA																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
9	CC	1065649100	RIOS JUAN																		230301	30	$1,300,000	$208,000	CCFC55	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
10	CC	1118841401	VARGAS LIZDY																		230201	30	$2,500,000	$400,000	EPS005	30	$2,500,000	$100,000	CCF15	30	$2,500,000	$100,000	14-11	30	$2,500,000	$174,000	30	$0	$0	Si	$774,000
11	CC	1065644533	ZEQUEDA ALFREDO																		230301	30	$1,500,000	$240,000	CCFC55	30	$1,500,000	$60,000	CCF15	30	$1,500,000	$60,000	14-11	30	$1,500,000	$104,400	30	$0	$0	Si	$464,400
Total	**Afiliados(11)**																						$17,100,000	$2,736,000			$17,100,000	$684,000			$17,100,000	$684,000			$17,100,000	$1,190,300		$0	$0		$5,294,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901722340	6	CONSORCIO CENTRO DE COMERCIO VALLEDUPAR 2023	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 6 BIS CR 48 ESQ	VALLEDUPAR-CESAR	4229885	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-06	710355537	9467994029	E	2024/06/13	2024/06/17	BANCOLOMBIA	4	$5,311,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				11	$2,736,000	$8,800	$0	$2,744,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$416,000	$1,400	$0	$417,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$1,600,000	$5,100	$0	$1,605,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$720,000	$2,300	$0	$722,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,190,300	$3,800	$0	$1,194,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	11	$1,190,300	$3,800	$0	$1,194,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$684,000	$2,200	$0	$686,200
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	11	$684,000	$2,200	$0	$686,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				11	$684,000	$2,400	$0	$686,400
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	3	$164,000	$600	$0	$164,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$80,000	$300	$0	$80,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$260,000	$900	$0	$260,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$180,000	$600	$0	$180,600
TOTAL				**11**	**$5,294,300**	**$17,200**	**$0**	**$5,311,500**

PREVILAB S.A.S.

PREVENCIÓN Y LABOR

El ministerio del trabajo y su dirección de movilidad y formación para el trabajo en cumplimiento de la resolución 4272 de 2021 otorgo aprobación con número de registro 08SE2019220000000019932-27/05/2019

Bureau Veritas otorgo certificación NTC 6072:2014 con número CO22.00395-24/03/2022

Código de acreditación por la ONAC. 09-CPR-008

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Otorgado a:

BRIYITH ANDREA AGUILAR CHIQUILLO

Identificado con cedula de ciudadanía no. 1.065.567.939

TRABAJADOR AUTORIZADO 4272

Con una duración de 32 horas, curso y aprobó para el sector **construcción** en la ciudad de Santa Marta D.T.C.H. el día 04 de mayo de 2024

En constancia de lo anterior se expide la presente certificación en Santa Marta D.T.C.H. a los 04 días del mes de mayo de 2024

REPRESENTANTE LEGAL
ELIAS LOPEZ

ENTRENADOR / LIC SST 1340
GABRIEL BARRETO

Empresa: CONSORCIO CENTRO DE COMERCIO VALLEDUPAR 2023
NIT: 901722340-6
R.L: CHESMAN BARROS
ARL: SURA

www.previlabsas.com
Calle 24#17ª-109, Los Alcázares

previlabsas@gmail..com

C. No. 7683

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	77177873
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NEFER JOSE MESTRE AMAYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CL 64 26 31	TELÉFONO:	4228995
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**1743898868**		TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO	2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/06/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	444821

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	9	$ 1.255.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 1.255.100	$ 1.000	$ 1.256.100
230201	230201- PROTECCION	6	$ 936.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 936.100	$ 800	$ 936.900
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 208.000	$ 200	$ 208.200
SUBTOTALES:										**$ 2.399.200**	**$ 2.000**	**$ 2.401.200**

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
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 52.000	$ 100	$ 0	$ 52.100
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 52.000	$ 100	$ 0	$ 52.100
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 67.600	$ 0	$ 100	$ 0	$ 67.600	$ 100	$ 0	$ 67.700
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 168.200	$ 0	$ 200	$ 0	$ 168.200	$ 200	$ 0	$ 168.400
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI EPS S.A.S	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 100	$ 0	$ 52.000	$ 100	$ 0	$ 52.100
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 71.100	$ 0	$ 100	$ 0	$ 71.100	$ 100	$ 0	$ 71.200
ESSC62	ESSC62-ASMET SALUD EPS	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 123.200	$ 0	$ 100	$ 0	$ 123.200	$ 100	$ 0	$ 123.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 13.900	$ 0	$ 100	$ 0	$ 13.900	$ 100	$ 0	$ 14.000
SUBTOTALES:													**$ 600.000**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 600.900**

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	16		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.044.100	$ 1.044.100	$ 900	$ 0	$ 1.045.000
SUBTOTALES:									**$ 1.044.100**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 1.045.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF15	CCF15-COMFACESAR	16	$ 600.000	$ 500	$ 600.500
SUBTOTALES:			**$ 600.000**	**$ 500**	**$ 600.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1003315097	DE ANGEL DE LA ROSA JUNIOR DAVID	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	24																230301-PORVENIR	7	$ 303.334	$ 48.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 48.600	ESSC62-ASMET SALUD	7	$ 303.334	$ 12.200	$ 0	$ 12.200	14-11 - ARL SURA	7	$ 303.334		$ 21.200	7	$ 303.334	CCF15-COMFACESAR	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1003429419	OSORIO PEDROZA ALVARO JOSE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1064117981	ARRIETA SOCARRAS RAFAEL GUILLERMO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	24																230201-PROTECCION	7	$ 303.334	$ 48.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 48.600	EPS002-SALUD TOTAL	7	$ 303.334	$ 12.200	$ 0	$ 12.200	14-11 - ARL SURA	7	$ 303.334		$ 21.200	7	$ 303.334	CCF15-COMFACESAR	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1065578272	CANTILLO ORTEGA LEONEL DAVID	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CCFC55-CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1065636909	OROZCO SIMANCA FRANKLIN DAVID	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	23																230201-PROTECCION	8	$ 346.667	$ 55.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 55.500	EPS005-SANITAS S.A.	8	$ 346.667	$ 13.900	$ 0	$ 13.900	14-11 - ARL SURA	8	$ 346.667		$ 24.200	8	$ 346.667	CCF15-COMFACESAR	$ 13.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1065656141	VELAIDES MARSAL ELKIS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1065997690	PEREZ BUSTAMANTE MANUEL ESTEBAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC62-ASMET SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1067596113	PEREA MONTES ALBERTH SAMIR	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI		04															230301-PORVENIR	4	$ 173.334	$ 27.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 27.800	ESSC62-ASMET SALUD	4	$ 173.334	$ 7.000	$ 0	$ 7.000	14-11 - ARL SURA	4	$ 173.334		$ 12.100	4	$ 173.334	CCF15-COMFACESAR	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1068387447	ROCHA LOPEZ DANIEL HUMBERTO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1122847194	JARARIYU IPUANA RODOLFO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI		11															230301-PORVENIR	11	$ 476.667	$ 76.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 76.300	EPS037-NUEVA EPS	11	$ 476.667	$ 19.100	$ 0	$ 19.100	14-11 - ARL SURA	11	$ 476.667		$ 33.200	11	$ 476.667	CCF15-COMFACESAR	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1123997679	PERTUZ ALVAREZ MIGUEL ANGEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	77177873
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NEFER JOSE MESTRE AMAYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CL 64 26 31	TELÉFONO:	4228995
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1743898868**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	444821

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
12	CC 73199999	LOPEZ DIAZ CARLOS ALFONSO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 7618743	BORNACELLY GUERRERO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																231001-COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC62-ASMET SALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 77034242	MUNOZ YEPEZ EISMAN TOBIAS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	22															230301-PORVENIR	9	$ 390.000	$ 62.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 62.400	EPS017-FAMISANAR	9	$ 390.000	$ 15.600	$ 0	$ 15.600	14-11 - ARL SURA	9	$ 390.000		$ 27.200	9	$ 390.000	CCF15-COMFACESAR	$ 15.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 8541254	DE LA HOZ SUAREZ DANIEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	PT 6197672	SILVA BALZA EDIXON ANTONIO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF15-COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 4.647.600**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	77177873
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NEFER JOSE MESTRE AMAYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CL 64 26 31	TELÉFONO:	3217432
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios no residenciales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1743898851**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	1		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	444824

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 208.000	$ 200	$ 208.200
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 200**	**$ 208.200**

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
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 200	$ 0	$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 162.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 90.500	$ 90.500	$ 100	$ 0	$ 90.600
SUBTOTALES:									**$ 90.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 90.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD							ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 77177873	MESTRE AMAYA NEFER JOSE	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.300.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	77177873	$ 90.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 461.500**

Certificado de Aportes

Se certifica que CHESMAN HOBBET BARROS PIMIENTA identificado(a) con CC 13745081 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

B&P CONSTRUCCIONES SAS NI 900481955

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-05	2024-06	718154942	9468467423	E	2024-06-20																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$26,000,000	$4,160,000
AFP	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	30		$26,000,000	$130,000
AFP	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	30		$26,000,000	$338,000
ARL	ARL SURA	30	6.96%	$26,000,000	$1,809,600
CCF	CAJAMAG	30	4%	$26,000,000	$1,040,000
EPS	SANITAS	30	12.5%	$26,000,000	$3,250,000
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	30	3%	$26,000,000	$780,000
PARAFISCALES	SENA	30	2%	$26,000,000	$520,000

Este certificado se expide el día 2024-06-20 a las 11:20.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900845672	0	INSUMATEC SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	4659	Jurídica
MUN-DEP	**DIRECCIÓN**		**TELÉFONO**			**EMAIL**		**EXENTO DE PARAFISCALES**
20-1	CRA 38 N 4 20		3004564785			CONTABILIDAD@INSUMATEC.COM.CO		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-04	2024-05	29941846	E	2024-05-22	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.907.900	7.100	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	**REF. DE PAGO (PIN)**	**FECHA LÍMITE PAGO**	**ESTADO PLANILLA**							
16	29941846	2024-05-22	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 12567833	JARAMILLO DURAN JORGE ALBERTO	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.300.000	208.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
2	CC 12594680	MOLINA GARCIA ALVARO ENRIQUE	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.300.000	208.000	0	0	EPS-S COOSALUD-ESSC24	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
3	CC 12644976	RIVERO PINTO ARCENIO JOSE	1.300.000	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.300.000	208.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
4	CC 12645120	OBREGON FLOREZ JHON DEYVIS	1.300.000	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.300.000	208.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
5	CC 27024421	BELTRAN PEREZ GEOVANNA STELLA	1.300.000	F				X												0	EPS002		30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.300.000	208.000	0	0	EPS SURA-EPS010	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
6	CC 79699380	VILLAQUIRAN PEÑA ANDRES MAURICIO	1.300.000	F	X															0			8	8	8	8	PROTECCION-230201	346.667	55.500	0	0	SANITAS-EPS005	346.667	13.900	COMFACESAR-CCF15	346.667	13.900	346.667	1.900	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	85.200	S	1465901
7	CC 85472737	BONNETT ROCCA GEORGE CLIVE	1.300.000	F	X															0			12	12	12	12	PROTECCION-230201	520.000	83.200	0	0	EPS CAJACOPI-CCFC55	520.000	20.800	COMFACESAR-CCF15	520.000	20.800	520.000	2.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	127.600	S	1465901
8	CC 97435240	ARAGON ROMERO JOSE RAFAEL	1.300.000	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.300.000	208.000	0	0	EPS-S COOSALUD-ESSC24	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
9	CC 1018407397	ACEVEDO AVILA ELIU ANDRES	1.300.000	F	X	X		X												0	EPS002		4	4	4	4	PORVENIR-230301	173.334	27.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	173.334	7.000	COMFACESAR-CCF15	173.334	7.000	173.334	1.000	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	42.800	S	1465901
10	CC 1030638506	RIVERA SANCHEZ WILSON RICARDO	1.300.000	F	X	X														0			10	10	10	10	PORVENIR-230301	433.334	69.400	0	0	EPS SURA-EPS010	433.334	17.400	COMFACESAR-CCF15	433.334	17.400	433.334	2.300	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	106.500	S	1465901
11	CC 1032395578	PEREZ DELGADILLO OSCAR JAVIER	1.300.000	F	X	X														0			3	3	3	3	PORVENIR-230301	130.000	20.800	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	130.000	5.200	COMFACESAR-CCF15	130.000	5.200	130.000	700	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	31.900	S	1465901
12	CC 1098618474	MURGAS MEJIA LUZ AIDA	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.300.000	208.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
13	CC 1121332354	RAMIREZ FARFAN JOHAN DAVID	1.300.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.300.000	208.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
14	CC 1121334262	HERNANDEZ MOLINA JOSE GREGORIO	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.300.000	208.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
15	CC 1124035450	MARTINEZ AMAYA HUMBERTO JESUS	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.300.000	208.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1465901
16	CC 1193116093	DE ANGEL MOLINA CARLOS FARID	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.300.000	208.000	0	0	EPS CAJACOPI-CCFC55	1.300.000	52.000	COMFACESAR-CCF15	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	318.800	S	1475901

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900845672	0	INSUMATEC SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	4659	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
20-1	CRA 38 N 4 20		3004564785			CONTABILIDAD@INSUMATEC.COM.CO		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-04	2024-05	29941846	E	2024-05-22	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.907.900	7.100	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
16	29941846	2024-05-22	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
15.903.335	15.903.335	15.903.335	15.903.335	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				16	2.544.700	0	4.300	0	2.549.000
PORVENIR	230301	800224808	8	6	742.000	0	1.200	0	743.200
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	208.000	0	400	0	208.400
COLFONDOS	231001	800227940	6	3	624.000	0	1.100	0	625.100
PROTECCION	230201	800229739	0	6	970.700	0	1.600	0	972.300
EPS(Administradoras: 7)				16	636.300	0	1.500	0	637.800
EPS CAJACOPI	CCFC55	901543211	6	2	72.800	0	200	0	73.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	3	156.000	0	300	0	156.300
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	4	163.000	0	300	0	163.300
EPS-S COOSALUD	ESSC24	900226715	3	2	104.000	0	200	0	104.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	2	65.900	0	200	0	66.100
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	1	5.200	0	100	0	5.300
EPS SURA	EPS010	800088702	2	2	69.400	0	200	0	69.600
ARP(Administradoras: 1)				16	83.500	0	200	0	83.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	16	83.500	0	200	0	83.700
CCF(Administradoras: 1)				16	636.300	0	1.100	0	637.400
COMFACESAR	CCF15	892399989	8	16	636.300	0	1.100	0	637.400
Gran Total					3.900.800	0	7.100	0	3.907.900

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JEAN CARLOS REGALADO LOPEZ identificado(a) con CC 77093370 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: V.P. GLOBAL LTDA. NI 802020036

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9466925871	628998009	E	2024-05-09	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	13	X								X								
9466925871	628998009	E	2024-05-09	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	13	X								X								
9466925871	628998009	E	2024-05-09	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	13	X								X								
9466925871	628998009	E	2024-05-09	CCF	CCF15	COMFACESAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	13	X								X								

APORTANTE: SEGURIDAD NAPOLES LTDA NI 860523408

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades															
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9466703361	616526733	E	2024-05-06	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	5		X							X								
9466703361	616526733	E	2024-05-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	5		X							X								
9466703361	616526733	E	2024-05-06	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	5		X							X								
9466703361	616526733	E	2024-05-06	CCF	CCF15	COMFACESAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	5		X							X								

Este certificado se expide el día 2024-05-21 a las 16:05.

Certificados de Aportes

Se certifica que V.P. GLOBAL LTDA. identificado(a) con NI 802020036 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DEINER ALFONSO QUIROZ PEÑALOZA identificado(a) con CC 1065610444

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Tarifa	Periodo	Días
9468343723	688103933	E	2024-06-06	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4%	2024-06	28
9468343723	688103933	E	2024-06-06	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	0%	2024-06	2
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	16%	2024-05	28
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	12%	2024-05	2
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	0%	2024-05	28
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	0%	2024-05	2
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	0%	2024-05	28
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	0%	2024-05	2
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	0%	2024-05	28
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	0%	2024-05	2
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	0%	2024-05	28
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	0%	2024-05	2
9468343723	688103933	E	2024-06-06	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4.35%	2024-05	28
9468343723	688103933	E	2024-06-06	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	0%	2024-05	2
9468343723	688103933	E	2024-06-06	CCF	CCF15	COMFACESAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4%	2024-05	28
9468343723	688103933	E	2024-06-06	CCF	CCF15	COMFACESAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	0%	2024-05	2

Este certificado se expide el día 2024-06-07 a las 04:47.

Certificados de Aportes

Se certifica que V.P. GLOBAL LTDA. identificado(a) con NI 802020036 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JEAN CARLOS REGALADO LOPEZ identificado(a) con CC 77093370

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Tarifa	Periodo	Días
9468343723	688103933	E	2024-06-06	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4%	2024-06	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	16%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	0%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	0%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	0%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	0%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4.35%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	CCF	CCF15	COMFACESAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4%	2024-05	30

Este certificado se expide el día 2024-06-07 a las 04:47.

aportes en línea

Certificados de Aportes

Se certifica que V.P. GLOBAL LTDA. identificado(a) con NI 802020036 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JOSE MARTIN URDANETA MONSALVO identificado(a) con CC 12447993

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Tarifa	Periodo	Días
9468343723	688103933	E	2024-06-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4%	2024-06	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	16%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	0%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	0%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	0%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	0%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	ARL	14-4	COLPATRIA ARP	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4.35%	2024-05	30
9468343723	688103933	E	2024-06-06	CCF	CCF15	COMFACESAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	4%	2024-05	30

Este certificado se expide el día 2024-06-07 a las 04:47.

Medellín, 08 de Mayo de 2024

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 DC OBREROS SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - MANO DEOBRA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1065603030	OLIVEROS REALES WILLIAM GILLERMO	08/04/2024		64s140J1	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	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:C10658068952412931476

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 08/05/2024 08:44:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 204.157.232.59, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de May de 2024

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 DC OBREROS 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:	0000000002 MANO DEOBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C15171452	PEREZ REINA BLADIMIR	09/05/2024		24119421	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	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 08/05/2024 08:48:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 204.157.232.59, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de May de 2024

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 DC OBREROS 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:	0000000002 MANO DEOBRA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1101074771	SANCHEZ BAYONA LUIS FELIPE	09/05/2024		a1841301	TRABAJADOR DE TIEMPO PARCIAL	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

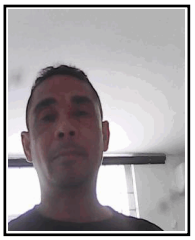
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/05/2024 08:50:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 204.157.232.59, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medicina Preventiva y Seguridad Industria IPS SAS
Nit 900933659-1
Dirección: Calle 17a N 19-35 Dangond
Teléfono: (605) 5829952
Cel: 320 564 8674
Email: Gerencia.mepsisas@gmail.com
Valledupar - Cesar



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 159

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	10 MES	2023 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
DC OBREROS	DC OBREROS

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PEREZ REINA BLADIMIR	MASCULINO	44 AÑOS 6 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	15171452 (Número)

Cargo
AUXILIAR DE PLOMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION VISUAL	✓	AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	LABORATORIOS CLINICOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	OTROS : CONTROL MEDICO ANUAL.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: PEREZ DOMINGUEZ KATIA YANETH

R. M.: 5830 **L.S.O.:** 3745

Código de Seguridad
A1424G1M159

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PEREZ REINA BLADIMIR

CC: 15171452

Medicina Preventiva y Seguridad Industria IPS SAS
Nit 900933659-1
Dirección: Calle 17a N 19-35 Dangond
Teléfono: (605) 5829952
Cel: 320 564 8674
Email: Gerencia.mepsisas@gmail.com
Valledupar - Cesar



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 160

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	10 MES	2023 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

DC OBREROS	DC OBREROS
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

OLIVEROS REALES WILLIAM GUILLERMO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 9 MESES 6 DÍAS	CC	1065603030
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE PLOMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION VISUAL	✓	AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	LABORATORIOS CLINICOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	OTROS : CONTROL MEDICO ANUAL.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: PEREZ DOMINGUEZ KATIA YANETH

R. M.: 5830 **L.S.O.:** 3745

Código de Seguridad
Z1424F1L160

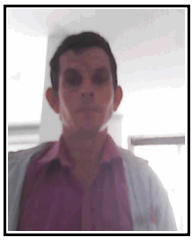
Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OLIVEROS REALES WILLIAM GUILLERMO

CC: 1065603030

Medicina Preventiva y Seguridad Industria IPS SAS
Nit 900933659-1
Dirección: Calle 17a N 19-35 Dangond
Teléfono: (605) 5829952
Cel: 320 564 8674
Email: Gerencia.mepsisas@gmail.com
Valledupar - Cesar



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.241

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	05 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EXAMENES OCUPACIONALES DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURA

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

DC OBREROS	DC OBREROS
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

SANCHEZ BAYONA LUIS FELIPE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	35 AÑOS 3 MESES 8 DÍAS	CC	1101074771
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PLOMERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA EL CARGO

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION VISUAL	✓	AUDIOMETRIA	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	LABORATORIOS CLINICOS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Katia Y Pérez Domínguez

Firma:

Nombre: PEREZ DOMINGUEZ KATIA YANETH

R. M.: 5830 **L.S.O.:** 3745

Código de Seguridad
X1424D1J3241

Aspirante o Trabajador

Luis F Sánchez

Firma:

Nombre: SANCHEZ BAYONA LUIS FELIPE

CC: 1101074771

Medellín, 22 de May de 2024

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 MESTRE AMAYA NEFER JOSE.

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 CESAR		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1065636909	OROZCO SIMANCA FRANKLIN DAVID	23/05/2024		137K213[1]	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 22/05/2024 19:03:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.240.34, 198.143.41.6, 172.16.42.57

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.801

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	05 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

MESTRE AMAYA NEFER JOSE	MESTRE AMAYA NEFER JOSE
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

OROZCO SIMANCA FRANKLIN DAVID	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	32 AÑOS 6 MESES 1 DÍAS	CC	1065636909
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	**Aspirante o Trabajador**
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: LIÑAN BERNAL SHARLES SAMIR	**Nombre:** OROZCO SIMANCA FRANKLIN DAVID
R. M.: 1065623886 **L.S.O.:** 0933-2019	**CC:** 1065636909

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.776

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	05 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
MESTRE AMAYA NEFER JOSE	MESTRE AMAYA NEFER JOSE

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MUÑOZ YEPEZ EISMAN TOBIAS	MASCULINO	53 AÑOS 3 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	77034242 (Número)

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: MOLINA RAMOS SILVIO JAVIER

R. M.: 440050 **L.S.O.:** 168/2022

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MUÑOZ YEPEZ EISMAN TOBIAS

CC: 77034242

Medellín, 21 de May de 2024

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 MESTRE AMAYA NEFER JOSE.

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 CESAR		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C77034242	MUÑOZ YEPEZ EISMAN TOBIAS	22/05/2024		12312072	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 21/05/2024 21:02:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.88.43, 107.154.191.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 de May de 2024

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 MESTRE AMAYA NEFER JOSE.

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 CESAR		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003315097	DE ANGEL DE LA ROSA JUNIOR DAVID	24/05/2024		18924819	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 23/05/2024 15:49:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.88.43, 198.143.41.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 23 de May de 2024

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 MESTRE AMAYA NEFER JOSE.

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 CESAR		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1064117981	ARRIETA SOCARRAS RAFAEL GUILLERMO	24/05/2024		20520424	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 23/05/2024 15:56:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.88.43, 198.143.41.38, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.830

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	05 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

MESTRE AMAYA NEFER JOSE	MESTRE AMAYA NEFER JOSE
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
ARRIETA SOCARRAS RAFAEL GUILLERMO	MASCULINO	28 AÑOS 1 MESES 26 DÍAS	CC (Tipo)	1064117981 (Número)

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	**Firma:**
Nombre: LIÑAN BERNAL SHARLES SAMIR	**Nombre:** ARRIETA SOCARRAS RAFAEL GUILLERMO
R. M.: 1065623886 **L.S.O.:** 0933-2019	**CC:** 1064117981

CRH-SST E.U
NIT. 900344013-7
Cra 17 # 10-08 San Joaquin, Valledupar - Cesar
Cel. 3042439904 - Tel. 5806764
E-mail. Crhsaludocupacional@gmail.com - crhsaludocupacionaleu@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 46.831

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	05 MES	2024 AÑO	VALLEDUPAR (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
MESTRE AMAYA NEFER JOSE	MESTRE AMAYA NEFER JOSE

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
DE ANGEL DE LA ROSA JUNIOR DAVID	MASCULINO	22 AÑOS 11 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1003315097 (Número)

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA REALIZAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

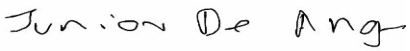
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	EVALUACION OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PARA REALIZAR LABOR		HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: 	**Firma:** 
Nombre: LIÑAN BERNAL SHARLES SAMIR	**Nombre:** DE ANGEL DE LA ROSA JUNIOR DAVID
R. M.: 1065623886 **L.S.O.:** 0933-2019	**CC:** 1003315097

Medellín, 26 de April de 2024

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 SERVINDUSTRIAS MG S.A.S.

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 ATLANTICO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1122415983	MARQUEZ RICO OSWAL DANIEL	01/05/2024		15121124	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 26/04/2024 11:35:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 161.10.137.131, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

JMR S.A.S
Empresa de Salud Ocupacional
NIT: 900272056 - 3

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: OSWAL DANIEL MARQUEZ RICO

Identificación: CC 1122415983

Edad: 25

Cargo: OPERADOR

Empresa en labor: PARTICULAR

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	0044427	**Fecha atención:**	2024-04-30 09:17:42
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2024-04-30 09:41:49
Tipo evaluación:	Examen medico ocupacional de Ingreso-Osteomuscular		

Exámenes realizados

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
higiene postural estilo de vida saludable dieta y ejercicio pausas activas cad 2 hrs extremar medidas de bioseguridad cuando sea necesario	No aplica	Dieta baja en carbohidratos Dieta baja en grasas Dieta baja en sodio Ejercicio fisico 30 minutos de actividad intensa o 60 minutos de actividad moderada	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Apto sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

No aplica

Observación:

No aplica

Firma del especialista en salud ocupacional
JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS
Especialidad:
Licencia S.O: 2147 -Registro S.O: 4610

Firma del paciente
OSWAL DANIEL MARQUEZ RICO
Identificación:CC 1122415983

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ASESORIAS FABRICACION INGENIERIA ALFERING S.A.S. identificado(a) con NI 800210569 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para EDWIN IVAN SIMANCA BATISTA identificado(a) con CC 85462505

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9468665222	714338399	E	2024-06-18	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30									X									$2,187,959	4%	$87,600
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,187,959	16%	$350,100
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-05	30									X									$2,187,959		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-05	30									X									$2,187,959		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,187,959	6.96%	$152,300
9468665222	714338399	E	2024-06-18	CCF	CCF33	CAJAMAG	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,187,959	4%	$87,600

Este certificado se expide el día 2024-06-29 a las 10:39.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ASESORIAS FABRICACION INGENIERIA ALFERING S.A.S. identificado(a) con NI 800210569 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ABRAHAM TORRES HERNANDEZ identificado(a) con CC 77172797

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9468665222	714338399	E	2024-06-18	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30									X									$1,365,691	4%	$54,700
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,365,691	16%	$218,600
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-05	30									X									$1,365,691		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-05	30									X									$1,365,691		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,365,691	6.96%	$95,100
9468665222	714338399	E	2024-06-18	CCF	CCF33	CAJAMAG	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,365,691	4%	$54,700

Este certificado se expide el día 2024-06-29 a las 10:40.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ASESORIAS FABRICACION INGENIERIA ALFERING S.A.S. identificado(a) con NI 800210569 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para WILLINTON GARCIA CABALLERO identificado(a) con CC 85471998

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9468665222	714338399	E	2024-06-18	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30									X									$2,128,681	4%	$85,200
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,128,681	16%	$340,600
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-05	30									X									$2,128,681		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-05	30									X									$2,128,681		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,128,681	6.96%	$148,200
9468665222	714338399	E	2024-06-18	CCF	CCF33	CAJAMAG	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,128,681	4%	$85,200

Este certificado se expide el día 2024-06-29 a las 10:39.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ASESORIAS FABRICACION INGENIERIA ALFERING S.A.S. identificado(a) con NI 800210569 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JORGE LUIS RIVERA BUSTAMANTE identificado(a) con CC 1129568474

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9468665222	714338399	E	2024-06-18	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30									X									$1,387,819	4%	$55,600
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,387,819	16%	$222,100
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-05	30									X									$1,387,819		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-05	30									X									$1,387,819		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,387,819	6.96%	$96,600
9468665222	714338399	E	2024-06-18	CCF	CCF33	CAJAMAG	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,387,819	4%	$55,600

Este certificado se expide el día 2024-06-29 a las 10:44.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ASESORIAS FABRICACION INGENIERIA ALFERING S.A.S. identificado(a) con NI 800210569 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para AYANITH YULIETH PLATA BRITTO identificado(a) con CC 1122406485

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9468665222	714338399	E	2024-06-18	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30									X									$1,669,149	4%	$66,800
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,669,149	16%	$267,100
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-05	30									X									$1,669,149		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-05	30									X									$1,669,149		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,669,149	6.96%	$116,200
9468665222	714338399	E	2024-06-18	CCF	CCF33	CAJAMAG	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,669,149	4%	$66,800

Este certificado se expide el día 2024-06-29 a las 10:43.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ASESORIAS FABRICACION INGENIERIA ALFERING S.A.S. identificado(a) con NI 800210569 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para BRAYAN ESTEBAN RAMOS ZAPATA identificado(a) con CC 1062394675

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9468665222	714338399	E	2024-06-18	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30									X									$1,602,383	4%	$64,100
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,602,383	16%	$256,400
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-05	30									X									$1,602,383		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-05	30									X									$1,602,383		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,602,383	6.96%	$111,600
9468665222	714338399	E	2024-06-18	CCF	CCF33	CAJAMAG	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,602,383	4%	$64,100

Este certificado se expide el día 2024-06-29 a las 10:43.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ASESORIAS FABRICACION INGENIERIA ALFERING S.A.S. identificado(a) con NI 800210569 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para MAURICIO DARIO RODRIGUEZ DELGHAMS identificado(a) con CC 7141605

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9468665222	714338399	E	2024-06-18	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30									X									$2,782,108	4%	$111,300
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,782,108	16%	$445,200
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-05	30									X									$2,782,108		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-05	30									X									$2,782,108		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,782,108	6.96%	$193,700
9468665222	714338399	E	2024-06-18	CCF	CCF33	CAJAMAG	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$2,782,108	4%	$111,300

Este certificado se expide el día 2024-06-29 a las 10:45.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ASESORIAS FABRICACION INGENIERIA ALFERING S.A.S. identificado(a) con NI 800210569 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para KEVIN DANIEL ROMERO MARTINEZ identificado(a) con CC 1003313692

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9468665222	714338399	E	2024-06-18	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30									X									$1,341,489	4%	$53,700
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,341,489	16%	$214,700
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-05	30									X									$1,341,489		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-05	30									X									$1,341,489		$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-05	30									X									$0	0%	$0
9468665222	714338399	E	2024-06-18	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,341,489	6.96%	$93,400
9468665222	714338399	E	2024-06-18	CCF	CCF33	CAJAMAG	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30									X									$1,341,489	4%	$53,700

Este certificado se expide el día 2024-06-29 a las 10:45.