EPS | Cajacopi
Cuida de ti

CERTIFICADO DE AFILIACION DE CAJACOPI EPS SAS

Se certifica que OSPINO GALLARDO EUDER ANDRES identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANÍA número 1065827936 , se encuentra registrado(a), con la siguiente información:

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION:	CC-1065827936
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSPINO GALLARDO EUDER ANDRES
TIPO DE AFILIADO:	CABEZA DE FAMILIA
ESTADO DE AFILIACIÓN:	ACTIVO
FECHA DE INGRESO A CAJACOPI EPS SAS:	02/03/2023
FECHA RETIRO CAJACOPI EPS SAS:	
DISCAPACIDAD:	NINGUNA
REGIMEN:	CONTRIBUTIVO
NIVEL:	
MUNICIPIO / DEPARTAMENTO:	VALLEDUPAR / CESAR

SUBDIRECCION NACIONAL OPERACIONES
Fecha de generacion: 30/10/2024
Codigo de verificacion: AFAF202200000870824
Generado por: usuweb

ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADO

Línea nacional: 018000111446
Correo: contacto@cajacopieps.com
www.cajacopieps.com

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

LA COORDINACION DE SUBSIDIOS Y APORTES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR

Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica conferida por la Gobernación del Cesar por Resolución No. 0121 de abril 2 de 1968.

CERTIFICA

Que **el señor EUDER ANDRES OSPINO GALLARDO**, identificado con CC. No. 1065827936 en su estado de afiliación se encuentra **ACTIVO** en esta CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR desde el ocho (20) del mes de Noviembre de 2024 a través de la empresa JS INGENIERIA DEL CESAR SAS y su categoría es A.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado sin tachones ni enmendaduras a los veintiuno (22) días del mes de noviembre de 2024.

CODIGO	DOCUMENTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FEC. NAC	TIPO

Atentamente,

JOSE LUCIANO CONTRERAS JAIMES
Coordinador de Subsidio y Aportes
Certificado generado via Web.

Vigilado Supersubsidio

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 31/10/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901355684	**Cédula Usuario:**	CC 1065596106
Nombre:	JS INGENIERIA DEL CESAR S.A.S				
Dirección:	KR 4 35 14 LC 1				
Departamento:	CESAR		**Municipio:**	VALLEDUPAR	
Correo electrónico:	JDSEGRERAC@GMAIL.COM				
Teléfono:	3133910772		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3432202 INSTALACIONES DE FONTANERIA, CALEFACCION Y AIRE ACONDICIONADO, INCLUYE LA INSTALACION DE EQUIPOS Y CONDUCTOS DE VENTILACION, REFRIGERACION O AIRE ACONDICIONADO, SU MANTENIMIENTO Y REPARACION SISTEMAS DE RIEGO POR ASPERSION PARA EL CESPED				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1065596106	JASSIEL DAVID SEGRERA CANTILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	48	06/11/2024	CC 1065827936	OSPINO GALLARDO EUDER	5	6.960	**Independiente**

OBSERVACIONES

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

MDS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

35F76F3C442EB48C722144E224F3BD37 Certificado impreso el día 10/31/2024 3:08:20 PM por el portal de empresas Edesk

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:

EUDER ANDRES OSPINO GALLARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.827.936**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Octubre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Salud Total

VALLEDUPAR, Octubre 30 de 2024

Señor:
ROSADO BARRERA BREINER
CC. 1065639124
MZ 52 02 VILLA DARIANA - 5896259
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 11 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ROSADO BARRERA BREINER	1065639124	C	Jul-11-2023	29	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CONSTRUCCIONES RM SAS	1065639124	Dependiente	CERRADO
EMA INGENIERIA	1065639124	Dependiente	CERRADO
INVERSIONES LACOUTURE CASTRO SAS	1065639124	Dependiente	CERRADO
JULIO FERNANDO PENA MESTRE	1065639124	Dependiente	CERRADO
JULIO FERNANDO PENA MESTRE	1065639124	Dependiente	CERRADO
PERCOR AIRES SAS	1065639124	Dependiente	CERRADO
ROSADO BREINER	1065639124	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
SOLUCIONES ENERGIA S A S	1065639124	Dependiente	CERRADO
SOLUCIONES ENERGIA S A S	1065639124	Dependiente	CERRADO
SOLUCIONES ENERGIA S A S	1065639124	Dependiente	CERRADO
SOLUCIONES ENERGIA S A S	1065639124	Dependiente	CERRADO
JS INGENIERIA S A S	1065639124	Dependiente	ACTIVO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total 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. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

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, 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

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

LA COORDINACION DE SUBSIDIOS Y APORTES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR

Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica conferida por la Gobernación del Cesar por Resolución No. 0121 de abril 2 de 1968.

CERTIFICA

Que **el señor BREINER ROSADO BARRERA**, identificado con CC. No. 1065639124 en su estado de afiliación se encuentra **ACTIVO** en esta CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR desde el ocho (20) del mes de Noviembre de 2024 a través de la empresa JS INGENIERIA DEL CESAR SAS y su categoría es A.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado sin tachones ni enmendaduras a los veintiuno (22) días del mes de noviembre de 2024.

CODIGO	DOCUMENTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FEC. NAC	TIPO

Atentamente,

JOSE LUCIANO CONTRERAS JAIMES
Coordinador de Subsidio y Aportes
Certificado generado via Web.

Vigilado Supersubsidio

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 30/10/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901355684	**Cédula Usuario:**	CC 1065596106
Nombre:	JS INGENIERIA DEL CESAR S.A.S				
Dirección:	KR 4 35 14 LC 1				
Departamento:	CESAR		**Municipio:**	VALLEDUPAR	
Correo electrónico:	JDSEGRERAC@GMAIL.COM				
Teléfono:	3133910772		**Tarifa:**	2.436	
Actividad Económica:	3432202 INSTALACIONES DE FONTANERIA, CALEFACCION Y AIRE ACONDICIONADO, INCLUYE LA INSTALACION DE EQUIPOS Y CONDUCTOS DE VENTILACION, REFRIGERACION O AIRE ACONDICIONADO, SU MANTENIMIENTO Y REPARACION SISTEMAS DE RIEGO POR ASPERSION PARA EL CESPED				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 1065596106	JASSIEL DAVID SEGRERA CANTILLO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	47	31/10/2024	CC 1065639124	ROSADO BARRERA BREINER	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

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

MDS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

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

C85437877D4C836B295A26DF39FEA98F Certificado impreso el día 10/30/2024 4:10:45 PM por el portal de empresas Edesk

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:

BREINER ROSADO BARRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.639.124**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Octubre del 2024.

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.

No de Radicacion
4011648020

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|8|1|0|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

- ☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011648020	0|8|1|0|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. tipo de tramite	2.Tipo afil acion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva	A. Individual: ☐ B. Institucional ☐	-Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐	Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
FUENTES (Primer apellido)	GOMEZ (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	CARLOS (Segundo nombre)
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1063963129	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|6|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
Valledupar		3013403817	yrconsultoressas@gmail.com

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
VALLEDUPAR	Urbana ☒ Rural ☐	57	CESAR

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JC 88 CONSTRUCCIONES	NIT	901536933	01

39.Ubicación				
Villa yaneth	3215896 Teleéfono	YRCONSULTORESSAS@GMAIL.COM Correo electrónico	VALLEDUPAR Municipio/distrito	CESAR Departamento

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

LA COORDINACION DE SUBSIDIOS Y APORTES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR

Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica conferida por la Gobernación del Cesar por Resolución No. 0121 de abril 2 de 1968.

CERTIFICA

Que **el señor LUIS CARLOS FUENTES GOMEZ** , identificado con CC. No. 1.063.963.129 en su estado de afiliación se encuentra **ACTIVO** en esta CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR desde el ocho (8) del mes de octubre de 2024 a través de la empresa JC 88 CONSTRUCCIONES SAS y su categoría es A.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado sin tachones ni enmendaduras a los ventiocho (28) días del mes de octubre de 2024.

CODIGO	DOCUMENTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FEC. NAC	TIPO

Atentamente,

JOSE LUCIANO CONTRERAS JAIMES
Coordinador de Subsidio y Aportes
Certificado generado via Web.

Vigilado Supersubsidio

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 se evidenció que, **LUIS CARLOS FUENTES GOMEZ** identificado con **CC** No. **1063963129**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
JC 88 CONSTRUCCIONES S.A.S - NI. 901536933	**Fecha de inicio de cobertura :** 08/10/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 202401020202283.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

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

MIS_4_1_3_FR15 v_07

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:

LUIS CARLOS FUENTES GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.963.129**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Octubre del 2024.

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.

No de Radicacion
4011648025

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|8|1|0|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- 56. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- 57. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- 59. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 60. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 62. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- 63. ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- 64. ☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. ☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011648025	0|8|1|0|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite	2.Tipo afi acion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
MUNIVE Primer apellido	RODRIGUEZ Segundo apellido	JHON Primer nombre	CARLOS Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	19707197	Femenino ☐ Masculino ☒	0|8|1|2|1|9|7|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

CL 123 3 Dirección	Telefono fijo	3013403817 Telefono celular	JHON.CARLOS-M0145@LIVE.ES Correo electronico

EL PASO Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	04 Localidad / comuna	CESAR Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
JC 88 CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901536933	01

39.Ubicación

CR 43A 3 65 Dirección	5555555 Teleéfono	YRCONSULTORESSAS@GMAIL.COM Correo electrónico	VALLEDUPAR Municipio/distrito	CESAR Departamento

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

LA COORDINACION DE SUBSIDIOS Y APORTES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR

Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica conferida por la Gobernación del Cesar por Resolución No. 0121 de abril 2 de 1968.

CERTIFICA

Que **el señor JHON CARLOS MUNIVE RODRIGUEZ** , identificado con CC. No. 19.707.197 en su estado de afiliación se encuentra **ACTIVO** en esta CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR desde el ocho (8) del mes de octubre de 2024 a través de la empresa JC 88 CONSTRUCCIONES SAS y su categoría es A.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado sin tachones ni enmendaduras a los ventiocho (28) días del mes de octubre de 2024.

CODIGO	DOCUMENTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FEC. NAC	TIPO

Atentamente,

JOSE LUCIANO CONTRERAS JAIMES
Coordinador de Subsidio y Aportes
Certificado generado via Web.

Vigilado Supersubsidio

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 se evidenció que, **JHON CARLOS MUNIVE RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **19707197**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
JC 88 CONSTRUCCIONES S.A.S - NI. 901536933	**Fecha de inicio de cobertura :** 08/10/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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): 202401020202349.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

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

MIS_4_1_3_FR15 v_07

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:

JHON CARLOS MUNIVE RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **19.707.197**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Octubre del 2024.

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.

No de Radicacion
4013541100
Página 2 de 2

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

I. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		3 0 1 0 2 0 2 4

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

II. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

III. FIRMAS

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

X. ANEXOS

56. [ ] Anexo Copia del documento de identidad: CN. [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [ ] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [1] Total: [1]

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

C. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

M-PYGA-F001 V 1.0-201

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013541100	3|0|1|0|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ | A. Individual: B. Institucional ☐

-Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
Primer apellido: RAMIREZ	Segundo apellido	Primer nombre: YARY	Segundo nombre: JOSE
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
PT	4247873	Femenino ☐ Masculino ☒	2|6|1|1|1|9|7|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion:		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR EPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
ET 2 CA 450		3014618178	YARYJOSERAMIREZ@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona			Localidad / comuna	Departamento
VALLEDUPAR		Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐		CESAR

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoria de discpacidad	Condición	
				I	II
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901206180	01

39.Ubicación				
Dirección: TV 19 D 19 06 BRR LOS CACIQUES	Teléfono: 6786575	Correo electrónico: RUFINOENRIQUECABANA@HOTMAIL.COM	Municipio/distrito: VALLEDUPAR	Departamento: CESAR

M-PYGA-F001 V 1.0-201

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el ti po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad fisica disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el ti po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad fí sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP / PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	PADRASTRO / MADRASTRO	HERMANOS / HERMANOS DE PADRES	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

RUFINO CABANA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

YARY RAMIREZ
CC 4247873

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT X	901206180-1	3017563630

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
RAMIREZ		C.C. T.I. C.E. PEP/PPT X PAS	4247873	1970 / 11 / 26
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
YARY	JOSE			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2024 / 10 / 30	1.300.000			OBRERO	CABANA CONSTRUCCIONES SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA URBANO	RURAL
CASA 11 MZAN 3		VALLEDUPAR	X	

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3015858875		rufinoenriquecabana@hotmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA URBANO	RURAL	VIVE EN CASA PROPIA: SI / NO X
Bodegas del IDEMA	VALLEDUPAR	X		

GÉNERO: HOMBRE X | MUJER | INDETERMINADO

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual X | Homosexual | Bisexual | Información no disponible

ESTADO CIVIL: Soltero X | Casado | Divorciado | Separado | Unión Libre | Viudo

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar | Básica | Secundaria X | Media | Básica adultos | Secundaria adultos | Media adultos | Primera Infancia | Técnico/Tecnológico | Profesional Universitario | Posgrado/Maestría | Ninguna | Información no disponible

FACTOR DE VULNERABILIDAD
Desplazado | Víctima del conflicto armado (No desplazado) | Desmovilizado o reinsertado | Hijo (as) de desmovilizados o reisertados | Damnificado desastre natural | Cabeza de familia | Hijo (as) de madres cabeza de familia | En condición de discapacidad | Población migrante | Población zonas frontera (Nacionales) | Ejercicio del trabajo sexual | No aplica

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano | Comunidad negra | Indígena | Palenquero | Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | Room/gitano | No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
		C.C. T.I. C.E. PEP/PPT PAS		
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO: HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA URBANO / RURAL

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

ARL | sura

Medellín, 29 de October 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 CABANA CONSTRUCCIONES 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:	Defensoria DEFENSOR¿A DEL PUEBLO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X4247873	RAMIREZ YARY JOSE	30/10/2024		14112032	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 29/10/2024 21:30:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.108.237, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YARY JOSE RAMIREZ** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **4247873,** se encuentra afiliado/a desde **07/11/2024** 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 09 de noviembre de 2024.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo 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 de la EPS
  Código:
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o de 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
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [X] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado — [ ] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 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 de identificación del usuario

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo Documento Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo		Fecha de Nacimiento	*42. Fecha*
		Femenino [ ]	Masculino [ ]		2024/10/30

43. EPS Anterior	*44. Motivo Traslado*	*45. Caja de compensación familiar o pagador de pensiones*
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	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 exístencias 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 intemeción del cotizante, cabeza familia, beneficiarios o afiliados adicionales de institución Prestadora de Servicíos de Salud
- [X] 50. Autorización para que las EPS solicite y obtenga copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [X] 51. Autorización para que las EPS reporten la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funcionees lo requieran
- [X] 52. Autorización para que las EPS maneje los datos personales del cotizante ode cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliaados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que las EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridada competente
- [ ] 58. Copia del regsitro 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 se n tencia 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 material
- [ ] 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 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 colectivos
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación Entidad Territorial		*67. Datos del SISBEN*			*68. Fecha de Radicación*	*69. Fecha de Validación*
Código Municipio	Código Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

OBSERVACIONES

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

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA S.
NIT: 901543761

No. DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN
314723	30 / 10 / 2024

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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

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

6. Apellidos y Nombres			
RAMIREZ	ORELLANA	RAYNER	JOSE
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de Documento de Identidad	8. Número de Documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
PT	3590842	Femenino [ ] Masculino [X]	11/11/1990

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
Predeterminado	PORVENIR	1.300.000

18. Residencia			
NO REPORTA		301-4618178	ntn@gmail.com
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Valledupar Cesar	Urbana [X] Rural [ ]	VALLEDUPAR / COMUNA 1	Cesar
Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento

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 de Documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número de Documento de Identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de Nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

(Datos Complementarios)

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

	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

(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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	200010046401
B		
B		
B		

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo de Documento de Identificación	37. Número de Documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
CABANA CONSTRUCCIONES S.A.S	NI	901206180	1

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Sincelejo Municipio/Distrito	Sucre Departamento

CÓDIGO: 910-R03-RS

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS DEL SGSSS

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la lectura realizada de la carta de desempeño y derechos y deberes publicada por la EPS, he respondido:

Ingreso Afiliado Cotizante

Nombre: RAYNER JOSE RAMIREZ ORELLANA

Identificación PT - 3590842

Municipio: Valledupar, Cesar **Dirección**

null **null**

1	¿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**	X	**NO**	
2	¿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**	X	**NO**	
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	**SI**	X	**NO**	
4	¿Leyó el contenido de la carta del desempeño?	**SI**	X	**NO**	
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	**SI**	X	**NO**	

Acepto y certifico la responsabilidad por las respuestas indicadas, conforme a la afiliación.

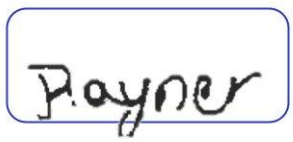
Espacio para diligenciar en caso de representante Afiliado

Nombre:

Identificación:

Fecha Nac:

FIRMA



Bajo gravedad de juramento manifiesto que la información suministrada es verídica y autorizo su validación en cualquier momento. El presente formulario se ciñe a lo dispuesto en la Resolución 5261 de 1994 y la Resolución 581 de 2004.

Fecha Diligenciamiento:

Realizada por: SAT
PORTAL WEB
FUARYN

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el ti po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad fisica disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el ti po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad fí sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP / PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	HERMANO	HERMANOS MENORES DE PADRES	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

RUFINO CABANA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

RAYNER RAMIREZ
CC 3590842

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT X	901206180-1	3017563630

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
RAMIREZ	ORELLANA	C.E. X	3590842	1990 / 11 / 10
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
RAYNER	JOSE			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2024 / 10 / 30	1.300.000			OBRERO	CABANA CONSTRUCCIONES SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA
CASA 11 MZAN 3		VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3104343719		rufinoenriquecabana@hotmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	VIVE EN CASA PROPIA:
Bodegas del IDEMA	VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE X | MUJER | INDETERMINADO

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual X | Homosexual | Bisexual | Información no disponible

ESTADO CIVIL: Soltero X | Casado | Divorciado | Separado | Unión Libre | Viudo

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar | Básica | Secundaria X | Media | Básica adultos | Secundaria adultos | Media adultos | Primera Infancia | Técnico/Tecnológico | Profesional Universitario | Posgrado/Maestría | Ninguna | Información no disponible

FACTOR DE VULNERABILIDAD
Desplazado | Víctima del conflicto armado (No desplazado) | Desmovilizado o reinsertado | Hijo (as) de desmovilizados o reisertados | Damnificado desastre natural | Cabeza de familia | Hijo (as) de madres cabeza de familia | En condición de discapacidad | Población migrante | Población zonas frontera (Nacionales) | Ejercicio del trabajo sexual | No aplica

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano | Comunidad negra | Indígena | Palenquero | Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | Room/gitano | No se auto reconoce en ninguno de los anteriores

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
		C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS		
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

ARL | sura

Medellín, 29 de October 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 CABANA CONSTRUCCIONES 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:	Defensoria DEFENSOR¿A DEL PUEBLO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X3590842	RAMIREZ ORELLANA REYNER JOSE	30/10/2024		21621315	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/10/2024 21:14:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.108.237, 192.230.104.2, 172.16.42.57

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **RAYNER JOSE RAMIREZ ORELLANA** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **3590842,** se encuentra afiliado/a desde **12/11/2024** 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 13 de noviembre de 2024.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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.

No de Radicacion
4013700880
Página 2 de 2

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

/I. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|0|1|1|2|0|2|4

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

/II. 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia 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 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

/III. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- 56. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- 57. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- 59. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 60. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 62. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- 63. ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- 64. ☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. ☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

(DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

M-PYGA-F001 V 1.0-201

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013700880	2|4|1|1|2|0|2|4

. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒
2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐
3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
BALCAZAR (Primer apellido)	TORRES (Segundo apellido)	KEYBER (Primer nombre)	JASIR (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad: CC	8.Número del documento de Identidad: 1003376047	9.Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10.Fecha de nacimiento: 2|4|1|1|2|0|0|0

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion:		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 16 E 36 BIS 133		3244339542	TORRESKEY@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona			Localidad / comuna	Departamento
VALLEDUPAR		Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒	Rural dispersa ☐ Resto rural ☐		CESAR

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición	
				I	P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona				Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural			
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CLINICA LOPERENA - VS CLINICA LOPERENA	VSCLOPEREN - VSCLOPEREN
S	-	-
S	-	-
S	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901206180	01

39.Ubicación				
TV 19 D 19 06 BRR LOS CACIQUES (Dirección)	3244339 (Teléfono)	RUFINOENRIQUECABANA@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	VALLEDUPAR (Municipio/distrito)	CESAR (Departamento)

M-PYGA-F001 V 1.0-201

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el ti po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad fisica disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el ti po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad fí sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP / PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	PADRASTRO / MADRASTRO	HERMANOS / HERMANOS DE PADRES	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

RUFINO CABANA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

KEYBER BALCAZAR
CC 1003376047

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT X	901206180-1	3017563630

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
BALCAZAR	TORRES	C.C. X	1003376047	2000 / 11 / 24
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
KEYBER	JASIR			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2024 / 11 / 20	1.300.000			OBRERO	CABANA CONSTRUCCIONES SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA
DIAGONAL 16BIS 25A 100		VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3244339542		rufinoenriquecabana@hotmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	VIVE EN CASA PROPIA:
Bodegas del IDEMA	VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE X | MUJER | INDETERMINADO

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [X] Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar [ ] | Básica [ ] | Secundaria [X] | Media [ ] | Básica adultos [ ] | Secundaria adultos [ ] | Media adultos [ ]
Primera Infancia [ ] | Técnico/Tecnológico [ ] | Profesional Universitario [ ] | Posgrado/Maestría [ ] | Ninguna [ ] | Información no disponible [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD
Desplazado [ ] | Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] | Desmovilizado o reinsertado [ ] | Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] | Damnificado desastre natural [ ] | Cabeza de familia [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] | En condición de discapacidad [ ] | Población migrante [ ] | Población zonas frontera (Nacionales) [ ] | Ejercicio del trabajo sexual [ ] | No aplica [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano [ ] | Comunidad negra [ ] | Indígena [ ] | Palenquero [ ] | Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] | Room/gitano [ ] | No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
		C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS		
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

ARL | sura

Medellín, 19 de November 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 CABANA CONSTRUCCIONES 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:	Defensoria DEFENSOR¿A DEL PUEBLO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1003376047	BALCAZAR TORRES KEYBER JASIR	20/11/2024		134PP176	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2024 19:07:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.168.71, 198.143.41.46, 172.16.42.57

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:

KEYBER JASIR BALCAZAR TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.376.047**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

40. Tipo de Novedad

- ( ) 1. Modificación de los datos básicos de identificación.
- ( ) 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ( ) 3. Actualización del documento de identidad.
- ( ) 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ( ) 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- ( ) 6. Reinscripción en la EPS.
- ( ) 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ( ) 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- (✓) 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ( ) 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 REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
RANGEL	ZULETA	KENNY	YAHIR

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo			Fecha de nacimiento 42. Fecha
		Femenino		Masculino	D D M M A A A A
CC	1065569484			•	20/11/2024

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensione
		COMFACESAR

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 histona clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales.
- (✓) 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de 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 beneficiario s o afiliado s 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 la familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN ( ) TI ( ) PA ( ) CD ( ) Total 1
RC ( ) CC (•) CE ( ) SC ( )

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 senten cia 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 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 sóbrela 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. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A
					69. Fecha de Validacion D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi eps

Página 1

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación • B. Reporte de Novedades X	A. Individual : Cotizante o Cabeza de Familia X / Beneficiario o afiliado adicional	A. Contributivo X B. Subsidiado
	B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	

4. Tipo de afiliado		Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	X B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
RANGEL	ZULETA	KENNY	YAHAIR
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	1.065.569.484	Femenino Masculino •	06/05/1986 (D D M M A A A A)	SOLTERO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante – IBC
SURA ARL	PORVENIR	1300000

18. Residencia			
Dirección: Carrera 32a#16c16 [redacted]	Teléfono Fijo: [redacted]	Teléfono Celular: 3135843519	Correo Electrónico
VALLEDUPAR (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana • Rural	barrio futuro de los niños. (Localidad / Comuna)	CESAR (Departamento)

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. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino Masculino	(D D M M A A A A)	

Municipio/Distrito	Zona Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono	Celular
	Rural Urbana	CESAR			

SECCIONAL GUAJIRA RADICADO FECHA: FIRMA:

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

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

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

Datos Complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo E	N	M	Condición T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia	Zona	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1	U R				
B2	U R				
B3	U R				
B4	U R				
B5	U R				

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 TV 19D BRR LOS CACIQUES IPS	182
B	
B	
B	

VIGILADO Supersalud

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901206180	

39. Ubicación				
TV 19D 06 BRR LOS CACIQUES (Dirección)	3017583 (Teléfono)	rufinoenriquecabana@gmail.com (Correo Electrónico)	VALLEDUPAR (Municipio/Distrito)	CESAR (Departamento)

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el ti po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad fisica disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el ti po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad fí sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP / PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	PADRASTRO / MADRASTRO	HERMANOS / HERMANOS DE PADRES	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

RUFINO CABANA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

KENNY RANGEL
CC 1065569484

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT X	901206180-1	3017563630

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
RANGEL	ZULETA			
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
KENNY	YAHAIR	X	1065569484	1986 / 05 / 06

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2024 / 11 / 20	1.300.000			OBRERO	CABANA CONSTRUCCIONES SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)
CRA 32A 16C 16		VALLEDUPAR	X /

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3135843519		rufinoenriquecabana@hotmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)	VIVE EN CASA PROPIA:
Bodegas del IDEMA	VALLEDUPAR	X /	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE X | MUJER | INDETERMINADO

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [X] Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar [ ] | Básica [ ] | Secundaria [X] | Media [ ] | Básica adultos [ ] | Secundaria adultos [ ] | Media adultos [ ]
Primera Infancia [ ] | Técnico/Tecnológico [ ] | Profesional Universitario [ ] | Posgrado/Maestría [ ] | Ninguna [ ] | Información no disponible [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD
Desplazado [ ] | Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] | Desmovilizado o reinsertado [ ] | Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] | Damnificado desastre natural [ ] | Cabeza de familia [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] | En condición de discapacidad [ ] | Población migrante [ ] | Población zonas frontera (Nacionales) [ ] | Ejercicio del trabajo sexual [ ] | No aplica [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano [ ] | Comunidad negra [ ] | Indígena [ ] | Palenquero [ ] | Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] | Room/gitano [ ] | No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

ARL | sura

Medellín, 19 de November 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 CABANA CONSTRUCCIONES 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:	Defensoria DEFENSOR¿A DEL PUEBLO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1065569484	RANGEL ZULETA KENNY YAHAIR	20/11/2024		C1818226	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2024 18:57:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.168.71, 198.143.41.46, 172.16.42.57

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:

KENNY YAHAIR RANGEL ZULETA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.569.484**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Noviembre del 2024.

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.

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 30/10/2024, el empleador CABANA CONSTRUCCIONES SAS identificado con NIT número 901206180 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7851389	30/10/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1065816751	JOSEGABRIEL PEREZ GOMEZ	1300000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2024-10-30

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Octubre del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el ti po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad fisica disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el ti po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad fí sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP / PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	PADRASTRO / MADRASTRO	HERMANOS / HERMANOS DE PADRES	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

RUFINO CABANA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

JOSE PEREZ
CC 1065816751

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT X	901206180-1	3017563630

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PEREZ	GOMEZ	C.C. X	1065816751	1995 / 06 / 12
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
JOSE	GABRIEL			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2024 / 10 / 30	1.300.000			OBRERO	CABANA CONSTRUCCIONES SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA
CASA 9 MZAN 10		VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3117066158		rufinoenriquecabana@hotmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	VIVE EN CASA PROPIA:
Bodegas del IDEMA	VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE X | MUJER | INDETERMINADO

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [X] | Casado [ ] | Divorciado [ ] | Separado [ ] | Unión Libre [ ] | Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar [ ] | Básica [ ] | Secundaria [X] | Media [ ] | Básica adultos [ ] | Secundaria adultos [ ] | Media adultos [ ] | Primera Infancia [ ] | Técnico/Tecnológico [ ] | Profesional Universitario [ ] | Posgrado/Maestría [ ] | Ninguna [ ] | Información no disponible [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD
Desplazado [ ] | Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] | Desmovilizado o reinsertado [ ] | Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] | Damnificado desastre natural [ ] | Cabeza de familia [ ] | Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] | En condición de discapacidad [ ] | Población migrante [ ] | Población zonas frontera (Nacionales) [ ] | Ejercicio del trabajo sexual [ ] | No aplica [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano [ ] | Comunidad negra [ ] | Indígena [ ] | Palenquero [ ] | Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] | Room/gitano [ ] | No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
		C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS		
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

ARL | sura

Medellín, 29 de October 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 CABANA CONSTRUCCIONES 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:	Defensoria DEFENSOR¿A DEL PUEBLO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1065816751	PEREZ GOMEZ JOSE GABRIEL	30/10/2024		M242Z236	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 29/10/2024 21:06:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.52.108.237, 192.230.104.2, 172.16.42.57

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:

JOSE GABRIEL PEREZ GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.816.751**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Noviembre del 2024.

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.

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 22/11/2024, el empleador CABANA CONSTRUCCIONES SAS identificado con NIT número 901206180 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7951367	22/11/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1065570051	HUMBERTODE JESUS DIAZ	1300000	AYUDANTE DE ALBA?ILERIA	2024-11-20

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Noviembre del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el ti po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad fisica disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el ti po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad fí sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP / PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	PADRASTRO	HERMANOS / HERMANOS DE PADRES	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

RUFINO CABANA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

HUMBERTO DIAZ
CC 1065570051

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT X	901206180-1	3017563630

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
DIAZ	TORRES	C.C. X	1065570051	1985 / 12 / 07
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
HUMBERTO	DE JESUS			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2024 / 11 / 20	1.300.000			OBRERO	CABANA CONSTRUCCIONES SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA
CALLE 16E 36 BIS 133		VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3014650285		rufinoenriquecabana@hotmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	VIVE EN CASA PROPIA:
Bodegas del IDEMA	VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE X | MUJER | INDETERMINADO

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [ ] | Casado [ ] | Divorciado [ ] | Separado [ ] | Unión Libre [X] | Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

Preescolar [ ]	Primera Infancia [ ]	
Básica [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	
Secundaria [X]	Profesional Universitario [ ]	
Media [ ]	Posgrado/Maestría [ ]	
Básica adultos [ ]	Ninguna [ ]	
Secundaria adultos [ ]	Información no disponible [ ]	
Media adultos [ ]		

FACTOR DE VULNERABILIDAD

Desplazado [ ]	Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ]	
Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ]	En condición de discapacidad [ ]	
Desmovilizado o reinsertado [ ]	Población migrante [ ]	
Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ]	Población zonas frontera (Nacionales) [ ]	
Damnificado desastre natural [ ]	Ejercicio del trabajo sexual [ ]	
Cabeza de familia [ ]	No aplica [ ]	

PERTENENCIA ÉTNICA:

Afrocolombiano [ ]	
Comunidad negra [ ]	
Indígena [ ]	
Palenquero [ ]	
Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ]	
Room/gitano [ ]	
No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]	

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
		C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS		
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

ARL | sura

Medellín, 19 de November 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 CABANA CONSTRUCCIONES 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:	Defensoria DEFENSOR¿A DEL PUEBLO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1065570051	DIAZ TORRES HUMBERTO DE JESUS	20/11/2024		4z3JA211	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/11/2024 19:03:01 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.168.71, 198.143.41.46, 172.16.42.57

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

HUMBERTO DE JESUS DIAZ TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.570.051**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Noviembre del 2024.

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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/09/2024, el empleador CABANA CONSTRUCCIONES SAS identificado con NIT número 901206180 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
7650064	12/09/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	77034823	GUSTAVOENRIQUE HERNANDEZ CARDENAS	1300000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2024-09-12
CÉDULA DE CIUDADANÍA	77025920	RUFINOENRIQUE CABANA HERNANDEZ	1300000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2024-09-12

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Septiembre del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, para esto adjunte documentos de los mismos e incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. PPT)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO (FEMENINO, MASCULINO, NO DETERMINADO)	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO, MES, DÍA)	PARENTESCO (HIJO, PADRES, HERMANOS, HERMANOS DE MADRE O PADRE)	DISCAPACITADO (SI, NO)	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO, RURAL)

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar. COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mi y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

GUSTAVO HERNANDEZ
CC 77034823

RUFINO CABANA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	COMFACESAR SUBSIDIO 23 OCT 2024 EL RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACIÓN DOCUMENTO SUJETO A REVISIÓN

PAG 2-2

Scanned with CamScanner

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT 892399992 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / CC / CE / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT: X	901206180-1	3017563630

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
HERNANDEZ	CARDENAS	CC: X	77034823	1970 / 11 / 17
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
GUSTAVO				

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2024 / 09 / 12	1.300.000			OBRERO	CABANA CONSTRUCCIONES SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)
CL 16 C BIS # 29 - 13		VALLEDUPAR	URBANO: X

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3183041014		gustavoenriqueh952@gmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)	VIVE EN CASA PROPIA
Bodegas del IDEMA	VALLEDUPAR	URBANO: X	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE: X | MUJER: [ ] | INDETERMINADO: [ ]

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [X] | Casado [ ] | Divorciado [ ] | Separado [ ] | Unión Libre [ ] | Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

Preescolar [ ]	Primera Infancia [ ]	
Básica [ ]	Técnico/Tecnológico [ ]	
Secundaria [X]	Profesional Universitario [ ]	
Media [ ]	Posgrado/Maestría [ ]	
Básica adultos [ ]	Ninguna [ ]	
Secundaria adultos [ ]	Información no disponible [ ]	
Media adultos [ ]		

FACTOR DE VULNERABILIDAD

Desplazado [ ]	Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ]	
Victima del conflicto armado (No desplazado) [ ]	En condición de discapacidad [ ]	
Desmovilizado o reinsertado [ ]	Población migrante [ ]	
Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ]	Población zonas frontera (Nacionales) [ ]	
Damnificado desastre natural [ ]	Ejercicio del trabajo sexual [ ]	
Cabeza de familia [ ]	No aplica [ ]	

PERTENENCIA ÉTNICA:

Afrocolombiano [ ]	
Comunidad negra [ ]	
Indígena [ ]	
Palenquero [ ]	
Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ]	
Room/gitano [ ]	
No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]	

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? SI [ ] NO [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.			
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	FECHA DE INGRESO	SALARIO

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

COMFACESAR SUBSIDIO
23 OCT 2024
EL RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACIÓN DOCUMENTO SUJETO A REVISIÓN

PAG. 1-2

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 21 de noviembre de 2024

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que GUSTAVO ENRIQUE HERNANDEZ CARDENAS identificado(a) con C77034823 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C770348232432659069

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP 10.205.28.13

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:

GUSTAVO ENRIQUE HERNANDEZ CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **77.034.823**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de los datos básicos de identificación.
- 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- 3. Actualización del documento de identidad.
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- 6. Reinscripción en la EPS.
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- 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 REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
OÑATE		CESAR	ANTONIO

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo			Fecha de nacimiento 42. Fecha (D D M M A A A A)
CC	77016227	Femenino ☐		Masculino •	15/11/2024

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensione
		COMFACESAR

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 histona clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales.
- 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de 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 beneficiario s o afiliado s 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

Cesar OÑATE

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN ○ TI ○ PA ○ CD ○ Total 1

RC ○ CC • CE ○ SC ○

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 senten cia 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 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 sóbrela 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. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)
Código del Municipio	Código del departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	69. Fecha de Validacion (D D M M A A A A)

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

cajacopi eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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	A. Contributivo • B. Subsidiado
	B. Colectiva C. Institucional D. De oficio		

4. Tipo de afiliado		Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante • B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	• B. Independiente C. Pensionado	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
OÑATE		CESAR	ANTONIO
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
CC	77.016.227	Femenino / Masculino •	19/01/1963 (D D M M A A A A)	SOLTERO	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante – IBC
SURA ARL	COLFONDO	1300000

18. Residencia			
barrio futuro de los niños.			
Dirección: CLL 22 A 22 45	Teléfono Fijo: 3117919	Teléfono Celular: 3148115033	Correo Electrónico:

Municipio/Distrito	Zona (Urbana • / Rural)	Localidad / Comuna	Departamento
VALLEDUPAR		barrio futuro de los niños.	CESAR

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. N°del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento	Dirección
		Femenino / Masculino	(D D M M A A A A)	

Municipio/Distrito	Zona Urbana (Rural / Urbana)	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular
		CESAR			

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

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

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: E N M	Condición: T P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

REGIONAL BOLIVAR
RADICADO
FECHA
FIRMA
EPS | Cajacopi
Cuida de ti

	32. Datos de residencia	Zona: U R	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

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		

VIGILADO Supersalud

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901206180	

39. Ubicación				
TV 19D 06 BRR LOS CACIQUES (Dirección)	3017583 (Teléfono)	rufinoenriquecabana@gmail.com (Correo Electrónico)	VALLEDUPAR (Municipio/Distrito)	CESAR (Departamento)

DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

DERECHOS

1. Recibir un trato con amabilidad, honestidad y respeto de su dignidad humana e igualdad sin discriminación por razones sociales, raciales, económicas e ideológicas, así como a la protección de la honra, reputación y vida privada y familiar.
2. Recibir un servicio con estándares de calidad y seguridad en los tiempos y condiciones establecidos, dentro de una infraestructura adecuada.
3. Acceder libremente a una oferta de productos y servicios de acuerdo con la tarifa correspondiente a su categoría.
4. Recibir información clara, oportuna, veraz, actualizada y completa sobre los beneficios, productos y servicios que se ofrecen al afiliado, usuario y su familia, a través de los diferentes medios habilitados por la Caja.
5. Recibir información sobre normas, reglamentos y políticas de la Caja de Compensación y del Sistema de Subsidio Familiar.
6. Conocer el procedimiento para afiliarse con su grupo familiar, cumpliendo con los requisitos y condiciones establecidas en la ley y recibir una identificación que lo acredite como afiliado.
7. Acceder al subsidio monetario y en servicios que otorga la Caja de Compensación Familiar por sus beneficiarios, de acuerdo con los parámetros de ley vigentes, siempre y cuando haya aportado las pruebas que lo acrediten como beneficiario. Así como al subsidio especial para beneficiarios con discapacidad.
8. Recibir un subsidio extraordinario por muerte, en caso de fallecimiento de una persona a cargo del trabajador beneficiario, equivalente a 12 cuotas de subsidio familiar, también tienen derecho las personas a cargo en caso de fallecimiento del trabajador beneficiario.
9. Postularse al subsidio de vivienda siempre que cumpla con los requisitos de ley
10. Postularse al subsidio al desempleo en caso de quedar desempleado y cumpla con los requisitos de ley.
11. Presentar peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias; obtener respuesta oportuna en el tiempo establecido para cada servicio.
12. Acceder a las autoridades y estamentos competentes para la protección de sus derechos.
13. Garantizar que la información personal y empresarial suministrada a la Caja sea manejada con responsabilidad y confidencialidad correspondiente.
14. Recibir atención preferencial si se trata de poblaciones incluidas en los siguientes grupos: adultos mayores, mujeres embarazadas, discapacitados y personas con niños en brazos.
15. Continuar disfrutando de los servicios de Capacitación, Recreación y Turismo Social de la Caja, con la tarifa más baja que ésta tenga contemplada, los pensionados que durante 25 años estuvieron vinculados al Sistema del Subsidio Familiar.

DEBERES

1. Obrar conforme al principio de buena fe, absteniéndose de emplear declaración o documentos falsos para comprobar sus derechos frente a la Caja de Compensación
2. Afiliar oportunamente su núcleo familiar (cónyuge e hijos, padres y/o hermanos que acrediten derechos), presentando formulario de afiliación debidamente diligenciado, sin enmendaduras, con información veraz, clara y completa, anexando documentos, vigentes, legibles y exigidos por la ley.
3. Actualizar los documentos requeridos por ley en las fechas establecidas por la Caja, con el fin de causar el derecho al subsidio monetario.
4. Reclamar el documento que lo acredite como afiliado a la Caja, conservándolo en buen estado y presentarlo cada vez que vaya a hacer uso de los servicios el cual es personal e intransferible e informar sobre la pérdida o extravío a la Caja de Compensación.
5. Actualizar los datos cada vez que haya lugar en forma completa, veraz, clara y oportuna e informar las novedades tanto del titular de la afiliación como de su núcleo familiar, que determinen modificaciones en el pago de la cuota monetaria.
6. Conocer el portafolio de servicios que ofrece la Caja de Compensación, por medio de los diferentes canales de comunicación que se tienen dispuestos para tal fin.
7. Mantenerse informado sobre los procedimientos, condiciones de acceso y restricciones asociadas al uso de los servicios de la Caja.
8. Conocer y cumplir las normas, procedimientos y reglamentos establecidos por la Caja para la prestación de los servicios y el acceso a los mismos.
9. Hacer buen uso de las instalaciones, bienes y servicios de la Caja, siguiendo las indicaciones, políticas, normas, reglamentos y condiciones de uso. Cuidar las instalaciones, prevenir o informar sobre daños, molestias, averías o algún tipo de perjuicio.
10. Pagar oportuna y totalmente los productos y servicios adquiridos, según las condiciones establecidas en cada uno de los servicios.
11. Tratar con dignidad, respeto y consideración al personal humano que lo atiende, al igual que a otros usuarios y sus familias, cumpliendo las normas de convivencia y reglamentos de uso de los servicios establecidos por la Caja.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO (EMPRESA O TRABAJADOR)

1. Diligenciar el formato adjunto de autorización de uso de información personal.
2. Diligenciar en letra imprenta o a máquina.
3. Es obligatorio llenar todos los datos del formulario y adjuntar todos los documentos que en su caso par cular debe reunir para poder tener derecho a reclamar la cuota monetaria.
4. Es indispensable la firma y el sello (si lo usa) de la empresa.
5. Las fotocopias de los documentos de identidad deben ser perfectamente legibles.
6. Diligenciar formato de autorización pago cuota monetaria (si es nuevo trabajador y beneficiario de cuota monetaria)
7. Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

CAUSALES DE RECHAZO O DEVOLUCIÓN

Antes de entregar el formulario debidamente diligenciado, revíselo y cerciórese de que no le falte algún dato por llenar, documento por adjuntar, su firma o la firma y sello de la empresa.
1. Si algo falta, no podemos recibirle el formulario ni tramitarle su afiliación hasta que toda esta información esté completa.
2. Documentos no legibles o con enmendaduras no son válidos.
3. Documentos enviados vía fax.
4. Si la empresa por la cual se está afiliando el trabajador no se encuentra afiliada a la Caja.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA ACREDITAR EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA

1. Ser trabajador permanente, tener contrato a término fijo o indefinido.
2. Tener una remuneración mensual, fija o variable, que no sobrepasen los cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y que sumados sus ingresos con los de su cónyuge o compañero(a) permanente, no sobrepasen seis (6) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
3. Laborar diariamente más de la mitad de la jornada máxima legal ordinaria o totalizar un mínimo de 96 horas durante el mes.
4. En caso de que un trabajador se encuentre en periodo de incapacidad acreditar la incapacidad emitida por la EPS, el empleador deberá reportar la novedad correspondiente por PILA.
5. En caso de fallecimiento de un trabajador o personas a cargo presentar el Registro Civil de Defunción en un término de dos meses siguientes al suceso. Cuando la madre biológica del menor no conviva con el trabajador fallecido, se debe presentar Formato de declaración juramentada del Ministerio del Trabajo.
6. Aquella trabajadora que se encuentre en licencia de maternidad debe acreditar dicha licencia transcrita por la EPS.
7. Actualizar anualmente el certificado de estudio para los beneficiarios a partir de 12 años de edad, a más tardar el 10 de marzo de cada año. 8. Es indispensable la presentación de la Declaración Juramentada, formato suministrado por Comfacesar.

PARA NUEVOS BENEFICIARIOS

Cuando se afilia un nuevo beneficiario debe señalar con una "X" la casilla "Nuevo (s) beneficiario (s) a cargo", ubicada en la parte superior del formulario y anexar la documentación relacionada únicamente del nuevo beneficiario. Pero debe relacionar los beneficiarios que hayan sido afiliados anteriormente a Comfacesar y solo anexar los documentos para los beneficiarios nuevos.

AFILIACIÓN DE TRABAJADOR Y PERSONAS A CARGO

● TRABAJADOR

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía. (Si es por primera vez)
- Si el trabajador es menor de edad deberá anexar permiso para trabajar emitido por el Ministerio de Trabajo. Si el
- afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.
- Si pertenece al grupo poblacional de "Veterano de la Fuerza Pública" el trabajador deberá anexar certificación de acreditación como veterano expedido por Ministerio de Defensa.

● CONYUGES

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Fotocopia del documento de identidad del cónyuge o compañero permanente. (Si es por primera vez)
- Presentar la constancia de Trabajo (si este labora).
- Registro Civil de Matrimonio o Formato declaración juramentada establecida por el Ministerio de Trabajo (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com) En caso de
- que el compañero permanente sea pensionado, anexar certificado de la mesada pensional.
- Si el afiliado es extranjero deberá presentar copia del documento válido de identificación para extranjeros.

  Nota: En caso de retirar al cónyuge o compañera permanente se debe anexar documento en el que conste, cesación de efectos civiles del matrimonio o liquidación de la sociedad conyugal o unión marital de hecho.

● HIJOS

- Diligenciar el formulario de afiliación.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el Número Único de Identificación Personal- NUIP es alfanumérico, la caja actualizara el ti po de documento de identidad.
- Registro civil de los niños con parentesco que incluya número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez).
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada. (Se encuentra en la Página Web www.comfacesar.com)
- Si tiene hijos inválidos o de capacidad fisica disminuida, debe presentar certificado de discapacidad de acuerdo con las directrices expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la en dad de haga sus veces (Resolución 113 de 2020).
- Presentar la constancia de trabajo del cónyuge (si este labora).

  Nota: A par r de los doce años se debe presentar certificado de estudio emitido por la institución educa va debidamente aprobada, el comprobante de pago y legalización de la matrícula, o el último boletín de notas del periodo lectivo correspondiente.

● PADRES DEL TRABAJADOR (Mayor de 60 años)

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del padre y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. (Si es por primera vez)
- Registro civil de nacimiento del trabajador con parentesco que incluyan número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez)
- Tramitar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo, donde declare bajo juramento que los padres no reciben salario, renta ni pensión, ni están recibiendo subsidio familiar por otra Caja de Compensación y se evidencie la dependencia económica. Este formato debe estar firmado por el trabajador y los padres(s) (Se encuentra en la página Web www.comfacesar.com)
- Certificado de la EPS donde conste el ti po de afiliación como beneficiario del trabajador.
- Si ene padres inválidos o de capacidad fí sica disminuida, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.
- Si el padre o la madre se encuentra afiliado al Régimen Subsidiado en Salud puede ser beneficiario del trabajador y recibir cuota monetaria.

  Nota: Para los padres menores de 60 años en condición de discapacidad se deben presentar los mismos documentos.

● HIJASTROS

- Diligenciar totalmente el formulario de afiliación.
- Copia del documento de identidad del trabajador y/o madre o documento válido de identificación para extranjero. Copia de
- documento de identidad de la madre y/o padre biológico (a).
- Registro civil del beneficiario con parentesco.
- Tarjeta de identidad a partir de los 7 años. Si la fecha del registro civil de nacimiento es posterior al año 2005 o el número único de identificación personal – NUIP es alfanumérico, la Caja actualizará el tipo de documento de identidad.
- Cerficado de escolaridad para los beneficiarios a partir de los 12 años de edad.
- Cerficado de la entidad promotora de salud EPS que acredite el grupo familiar unificado o la custodia en cabeza del padre o madre que lo aporta al hogar. Diligenciar el
- formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- En caso que el padre y/o madre biológica este fallecido debe anexar registro de defunción.

● HERMANOS HUÉRFANOS DE PADRES (Ambos Padres)

- Diligenciar completamente el formulario.
- Registro civil de nacimiento del afiliado y del hermano (a) que incluya el número de identificación y el nombre de los padres. (Si es por primera vez) Registro civil
- de defunción del padre y madre.
- Certificado de escolaridad para los beneficiarios a par r de los 12 años de edad.
- Diligenciar el formato establecido por el Ministerio de Trabajo de declaración juramentada.
- Si el o los hermanos en condición de discapacidad, debe presentar Certificado de discapacidad expedido por las IPS autorizadas, por las Secretarías de Salud o las entidades que hagan sus veces o las Juntas Regionales de Calificación y/o administradoras de Riesgos Laborales.

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP / PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	PADRASTRO	HERMANOS / HERMANOS DE PADRES	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

RUFINO CABANA

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

CESAR OÑATE
CC 77016227

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT X)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CABANA CONSTRUCCIONES SAS	NIT X	901206180-1	3017563630

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
OÑATE		C.C. X	77016227	1963 / 01 / 19
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
CESAR	ANTONIO			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
2024 / 11 / 15	1.300.000			OBRERO	CABANA CONSTRUCCIONES SAS

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA
CALLE 22A 22 45		VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3148115033		rufinoenriquecabana@hotmail.com

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA	VIVE EN CASA PROPIA:
Bodegas del IDEMA	VALLEDUPAR	URBANO X / RURAL	SI [ ] NO [X]

GÉNERO: HOMBRE X | MUJER | INDETERMINADO

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual [X] | Homosexual [ ] | Bisexual [ ] | Información no disponible [ ]

ESTADO CIVIL: Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Unión Libre [X] Viudo [ ]

NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Preescolar [ ] | Básica [ ] | Secundaria [X] | Media [ ] | Básica adultos [ ] | Secundaria adultos [ ] | Media adultos [ ]
Primera Infancia [ ] | Técnico/Tecnológico [ ] | Profesional Universitario [ ] | Posgrado/Maestría [ ] | Ninguna [ ] | Información no disponible [ ]

FACTOR DE VULNERABILIDAD
Desplazado [ ] | Víctima del conflicto armado (No desplazado) [ ] | Desmovilizado o reinsertado [ ] | Hijo (as) de desmovilizados o reisertados [ ] | Damnificado desastre natural [ ] | Cabeza de familia [ ]
Hijo (as) de madres cabeza de familia [ ] | En condición de discapacidad [ ] | Población migrante [ ] | Población zonas frontera (Nacionales) [ ] | Ejercicio del trabajo sexual [ ] | No aplica [ ]

PERTENENCIA ÉTNICA:
Afrocolombiano [ ] | Comunidad negra [ ] | Indígena [ ] | Palenquero [ ] | Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina [ ] | Room/gitano [ ] | No se auto reconoce en ninguno de los anteriores [ ]

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DIA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
		C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS		
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO: HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO / RURAL

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS

ARL | sura

Medellín, 14 de November 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 CABANA CONSTRUCCIONES 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:	Defensoria DEFENSOR¿A DEL PUEBLO		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C77016227	OÑATE CESAR ANTONIO	15/11/2024		V1372319	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/11/2024 21:17:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.168.71, 198.143.41.46, 172.16.42.57

Colfondos del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CESAR ANTONIO OÑATE identificado(a) con C.C No. 77.016.227 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 17 de noviembre de 2010 y sus recursos están en el FONDO CONSERVADOR desde el día 20 de febrero de 2024.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de noviembre de 2024.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.



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

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1062402015	OSCAR DAVID	PADILLA PERALTA	10/08/2019 12:00:00 a. m.	CESAR	VALLEDUPAR	LOS CALABAZOS		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901077708	ARQUIENERGÍA S.A.S.	N	A	18/11/2024

La anterior certificación se expide y firma, a los 22 días del mes de Noviembre de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta los 22 días del mes de Diciembre de 2024

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR (SI LOS VA A AFILIAR): Relacione todos los beneficiarios, pero solo adjunte documentos de los nuevos a incluir

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: R.C	T.I.	C.C	C.E	P.A	PEP	PPT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	GÉNERO: FEMENINO	MASCULINO	INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO: AÑO	MES	DÍA	PARENTESCO: HIJO	PADRES	HIJASTRO	HERMANOS MENORES DE 18 AÑOS O PADRES	DISCAPACITADO: SI	NO	UBICACIÓN GEOGRÁFICA: URBANO	RURAL

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

En cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 del 2012, autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Cesar.- COMFACESAR en adelante COMFACESAR, a realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a. Para que COMFACESAR pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Caja de Compensación Familiar del Cesar, y en general, de las actividades propias de su objeto social principal y conexo, las cuales pueden ser prestadas directamente o con el apoyo de terceros con quienes celebre contratos o convenios, con quienes se compartirá mi información personal que requieran de mis datos personales para los fines relacionados con el objeto contratado.

b. Para actividades de mercadeo y/o promoción de servicios propios del objeto social de COMFACESAR o de terceros con quienes COMFACESAR haya celebrado alianzas comerciales, convenios o contratos interinstitucionales o de Colaboración, las cuales pueden ser adelantadas directamente por COMFACESAR o con el apoyo de terceros encargados con quienes se compartirá mi información personal.

c. Para que con fines propios del objeto social COMFACESAR (estadísticos, comerciales y de control de riesgos), éstas puedan consultar y/o reportar a bases de datos de información: (i) personal, como la que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil relativa al registro civil; (ii) financiera y crediticia, tales como la CIFIN y DATACRÉDITO; esta facultad conlleva el reporte del nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios contratados y (iii) en general a aquellos archivos de información pública y privada, como el Registro Único de Afiliados –RUAF.

d. Para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, para mi propia conveniencia o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas legales o de carácter tributario.

e. Autorizo que mis datos personales estén disponibles en Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva para mí y para los terceros autorizados y, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR RELACIONADA ES EXACTA Y VERÍDICA

ARQUIENERGÍA
NIT. 901077708-5

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

Oscar David Padilla Peralta

FIRMA DEL TRABAJADOR Y C.C.

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR	RECEPCIÓN DOCUMENTOS
OBSERVACIONES:	

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños
NIT. 892399989 - 8

Sistemas Integrados de Gestión

INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR Y/O PERSONAS A CARGO

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES
MARQUE CON UNA X

CÓDIGO: F-SU-008
VERSIÓN:10
FECHA:19/07/2022

NUEVA (S) [X] NUEVOS BENEFICIARIOS A CARGO [ ] TRASLADO [ ] SERVICIO DOMÉSTICO [ ] Veteranos de la Fuerza Pública [ ]

DATOS DE LA EMPRESA O EL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	TIPO DE IDENTIFICACIÓN (NIT / C.C. / C.E. / PEP / PPT)	No. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
ARQUIENERGIA S.A.S	NIT: X	901.077.708-5	3009443676

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
Padilla	Peralta	C.C.: X	1.062.402.015	1994 / 12 / 22
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			
Oscar	David			

FECHA ING. EMPRESA (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO BÁSICO MENSUAL	No. DE HORAS TRAB. EN EL MES	PROFESIÓN	CARGO U OFICIO EN LA EMPRESA	NOMBRE DE LA EMPRESA (donde presta el servicio)
24 / 11 / 18	1.300.000	184	Tec. electricista	Aux. electricista	ARQUIENERGIA

DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)
Diagonal 18E 29-42	Sabana del valle	Valledupar	URBANO: X

TELÉFONO DEL TRABAJADOR	CELULAR 1	CELULAR 2	CORREO ELECTRÓNICO
	3108985051	322656 9913	

DIRECCIÓN DONDE LABORA	MUNICIPIO DONDE LABORA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)	VIVE EN CASA PROPIA:
Calle 49 Nº 9-95 B/villa del rio	Montería	URBANO: X	SI [ ] NO [ ]

GÉNERO: HOMBRE: X | MUJER: | INDETERMINADO:

ORIENTACIÓN SEXUAL: Heterosexual: X | Homosexual: | Bisexual: | Información no disponible:

ESTADO CIVIL: Soltero: X | Casado: | Divorciado: | Separado: | Unión Libre: | Viudo:

NIVEL DE ESCOLARIDAD:

Preescolar	Primera Infancia	
Básica	Técnico/Tecnológico	
Secundaria	Profesional Universitario	
Media	Posgrado/Maestría: X	
Básica adultos	Ninguna	
Secundaria adultos	Información no disponible	
Media adultos		

FACTOR DE VULNERABILIDAD

Desplazado	Hijo (as) de madres cabeza de familia	
Víctima del conflicto armado (No desplazado)	En condición de discapacidad	
Desmovilizado o reinsertado	Población migrante	
Hijo (as) de desmovilizados o reisertados	Población zonas frontera (Nacionales)	
Damnificado desastre natural	Ejercicio del trabajo sexual	
Cabeza de familia	No aplica: X	

PERTENENCIA ÉTNICA:

Afrocolombiano	
Comunidad negra	
Indígena	
Palenquero	
Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	
Room/gitano	
No se auto reconoce en ninguno de los anteriores	X

¿TRABAJA CON OTROS EMPLEADORES SIMULTANEAMENTE? Si [ ] No [ ]

NIT / CC / CE / PA — No.	NOMBRE DEL EMPLEADOR	HORAS MENSUALES TRABAJADAS	FECHA DE INGRESO (AÑO / MES / DÍA)	SALARIO
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				
NIT [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] No.				

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) ACTUAL (SI TIENE)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. / T.I. / C.E. / PEP / PPT / PAS)	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (AÑO / MES / DÍA)
PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**			

GÉNERO (HOMBRE / MUJER / INDETERMINADO)	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	UBICACIÓN GEOGRÁFICA (URBANO / RURAL)

TELÉFONO Y/O CELULAR	NIVEL DE ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
		ESTUDIA [ ] TRABAJA [ ] INDEPENDIENTE [ ] AMA DE CASA [ ] PENSIONADO [ ]

NOMBRE DE LA EMPRESA	SALARIO MENSUAL	EL (LA) CONYUGE RECIBE CUOTA MONETARIA	POR CUÁL CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR?
		SI [ ] NO [ ]	

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

OBSERVACIONES:

REVISADO POR: | DIGITADO POR: | FECHA:

RECEPCIÓN DOCUMENTOS



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1114269	
RAZON SOCIAL	ARQUIENERGÍA S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901077708	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99709567	2024-11-18	CC 1062402015
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
PADILLA PARALTA	OSCAR DAVID	1994-12-22
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
DIAG 18E 29-28	SABANA DEL VALLE	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
VALLEDUPAR - Cesar	notiene@hotmail.com	4444444
Celular	**Sexo**	
3226569913	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR DE CIVIL	$1,300,000.00	COOSALUD E.S.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	DEFENSORIA DEL PUEBLO SECCIONAL MONTERIA	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-11-18	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

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:

OSCAR DAVID PADILLA PERALTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.062.402.015**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Noviembre del 2024.

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.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de los datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identidad.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reinscripción en la EPS.
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
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 REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento 42. Fecha D D M M A A A A: 12/11/2024

43. EPS Anterior | 44. Motivo de Traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensione

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 beneficianos o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de 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 beneficiario s o afiliado s 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

Michell Alfonso Campo.
54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

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

PRESTACIONES ECONÓMICAS
OFICINA CORDOBA: RADICADO
Fecha de Recibido 13 NOV 2024
Firma Del Funcionario Oscar López

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 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. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le 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 D D M M A A A A
69. Fecha de Validacion D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1

No. de Radicación	Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación	B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación: A. Individual	Cotizante o Cabeza de Familia	3. Régimen: A. Contributivo	B. Subsidiado
		B. Colectivo	C. Institucional	D. De oficio	Beneficiario o afiliado adicional		

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante	B. Cabeza de Familia	C. Beneficiario	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	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
CAMPO	Lopez	Michell	Alfonso

7. Tipo de documento de identidad	8. N° del documento de identidad	9. Sexo: Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Estado Civil	EPS anterior
C.C	1.065.840.617		X	08/05/1998	Union libre	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotizante – IBC
Colmena	Porvenir	1.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Calle 7° N° 40-68		3022791161	

Municipio/Distrito	Zona: Urbano	Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Valledupar	X		Valledupar	Cesar

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. N°del documento de identidad	22. Sexo: Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Dirección

Municipio/Distrito	Zona Urbana: Rural	Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular

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

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

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X) Tipo: F	N	M	Condición: T	P	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPs)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia	Zona: U	R	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono fijo	Celular
B1		U	R				
B2		U	R				
B3		U	R				
B4		U	R				
B5		U	R				

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		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
ARQUIENERGIA SAS	NIT	901.077.708-5	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Calle 44 No 9-95	300 994 3676	rrhh.arquienergia@gmail.com	Montería	Cordoba

VIGILADO Supersalud

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

LA COORDINACION DE SUBSIDIOS Y APORTES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR

Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica conferida por la Gobernación del Cesar por Resolución No. 0121 de abril 2 de 1968.

CERTIFICA

Que **el señor MICHELL ALFONSO CAMPO LOPEZ**, identificado con CC. No. 1065840617 en su estado de afiliación se encuentra **ACTIVO** en esta CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR desde el ocho (8) del mes de noviembre de 2024 a través de la empresa ARQUIENERGIA SAS y su categoría es A.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado sin tachones ni enmendaduras a los veintidos (22) días del mes de noviembre de 2024.

CODIGO	DOCUMENTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FEC. NAC	TIPO

Atentamente,

JOSE LUCIANO CONTRERAS JAIMES
Coordinador de Subsidio y Aportes
Certificado generado via Web.

Vigilado Supersubsidio



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1114269	
RAZON SOCIAL	ARQUIENERGÍA S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901077708	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99672146	2024-11-12	CC 1065840617
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
CAMPO LOPEZ	MICHELL ALFONSO	1998-5-8
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CALLE 7 N 40- 68	VALLEDUPAR	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
VALLEDUPAR - Cesar	MICHELLCAMPO@GMAIL.COM	9943676
Celular	**Sexo**	
3022791161	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR DE REDES	$1,300,000.00	CAJACOPI ATLANTICO -CCF
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	DEFENSORIA DEL PUEBLO SECCIONAL MONTERIA	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-11-12	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados Colmena Seguros ® - 2009

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAMPO LOPEZ MICHELL ALFONSO** identificado(a) con **CC** número **1.065.840.617** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de noviembre de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 08 de noviembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2024110808441

No de Radicacion
4013706646

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		2|5|1|1|2|0|2|4

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013706646	2|5|1|1|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CAMPOS Primer apellido	SOTO Segundo apellido	JEAN Primer nombre	CARLOS Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1064801723	Femenino ☐ Masculino ☒	1|2|1|2|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

CL 1 A 6 60 Dirección	Telefono fijo	3104451146 Telefono celular	JEANCARLOSCAMPOS@HOTMAIL.COM Correo electronico

CHIRIGUANA Municipio/Distrito	zona	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐	Localidad / comuna	CESAR Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición T	Condición P
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Zona: Centro poblado	Zona: Rural dispersa	Zona: Resto rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	HOSPITAL SAN ANDRES - HOSPITAL SAN ANDRES	HSANADRES - HSANADRES
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ARQUIENERGIA S A S	NIT	901077708	01

39.Ubicación				
CL 48C N 9 95 Dirección	3008657065 Teleéfono	ARQUIENERGIASAS@GMAIL.COM Correo electrónico	MONTERIA Municipio/distrito	CORDOBA Departamento

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

LA COORDINACION DE SUBSIDIOS Y APORTES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR

Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica conferida por la Gobernación del Cesar por Resolución No. 0121 de abril 2 de 1968.

CERTIFICA

Que **el señor OSCAR DAVID PADILLA PERALTA**, identificado con CC. No. 1062402015 en su estado de afiliación se encuentra **ACTIVO** en esta CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR desde el venticinco (25) del mes de noviembre de 2024 a través de la empresa ARQUIENERGIA SAS y su categoría es A.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado sin tachones ni enmendaduras a los ventisiete (27) días del mes de noviembre de 2024.

CODIGO	DOCUMENTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FEC. NAC	TIPO
360843	1066893697	OSCAR DANIEL PADILLA PATRON	2018-01-21	HIJO

Atentamente,

JOSE LUCIANO CONTRERAS JAIMES
Coordinador de Subsidio y Aportes
Certificado generado via Web.

Vigilado Supersubsidio



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1114269	
RAZON SOCIAL	ARQUIENERGÍA S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901077708	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99770920	2024-11-25	CC 1064801723
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
CAMPO SOTO	JEAN CARLOS	1996-12-12
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CALLE A N -6 60	CHIRIGUANA	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
CHIRIGUANA - Cesar	JEANCARLOSCAMPO@GMAIL.COM	9943676
Celular	**Sexo**	
3104451146	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
RESIDENTE DE OBRA	$1,300,000.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	OPERATIVA	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-11-25	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados Colmena Seguros ® - 2009

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JEAN CARLOS CAMPOS SOTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.064.801.723**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 5987063

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Ciudad, 8 de Noviembre de 2024

Señores

EPS Sanitas

Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como **ARQUIENERGIA SAS, NIT: 901.077.708-5**, para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	1.193.234.289	Iván Rafael Padilla Daza	1.300.000	12/11/2024		Calle 18B Nº 35-45 Villa Luz	Valledupar	3136868737	Ivanpadi2020@gmail.com
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

**** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador.**

Cordialmente

Nubia Martínez Plaza

Coordinadora RRHH

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Bogota 09.11.2024

Señores,
ARQUIENERGIA S - NI 901077708
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2024-11-09 con numero de radicado 5987063 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

LA COORDINACION DE SUBSIDIOS Y APORTES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR

Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica conferida por la Gobernación del Cesar por Resolución No. 0121 de abril 2 de 1968.

CERTIFICA

Que **el señor IVAN RAFAEL PADILLA VASQUEZ**, identificado con CC. No. 1193234289 en su estado de afiliación se encuentra **ACTIVO** en esta CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR desde el ocho (8) del mes de noviembre de 2024 a través de la empresa ARQUIENERGIA SAS y su categoría es A.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado sin tachones ni enmendaduras a los veintidos (22) días del mes de noviembre de 2024.

CODIGO	DOCUMENTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FEC. NAC	TIPO
-	1003428708	KELVIS LOPEZ MARTINEZ	1996-12-12	CONYUGE
388160	1065844619	YUDITH SOFIA PADILLA LOPEZ	2016-10-26	HIJO
529762	1066902282	OSCAR IVAN PADILLA LOPEZ	2022-06-14	HIJO

Atentamente,

JOSE LUCIANO CONTRERAS JAIMES
Coordinador de Subsidio y Aportes
Certificado generado via Web.

Vigilado Supersubsidio



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1114269	
RAZON SOCIAL	ARQUIENERGÍA S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901077708	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99672297	2024-11-12	CC 1193234289
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
PADILLA VASQUEZ	IVAN RAFAEL	1992-10-18
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CALLE 3 # 2 43	VALLEDUPAR	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
CARTAGENA DE INDIAS - Bolívar	IVANPADI@GMAIL.COM	3136868
Celular	**Sexo**	
3136868737	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
OFICIAL DE REDES	$1,300,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	DEFENSORIA DEL PUEBLO SECCIONAL MONTERIA	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-11-12	TURNOS	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados Colmena Seguros ® - 2009

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PADILLA VASQUEZ IVAN RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **1.193.234.289** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de febrero de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de noviembre de 2024.

Cordialmente,

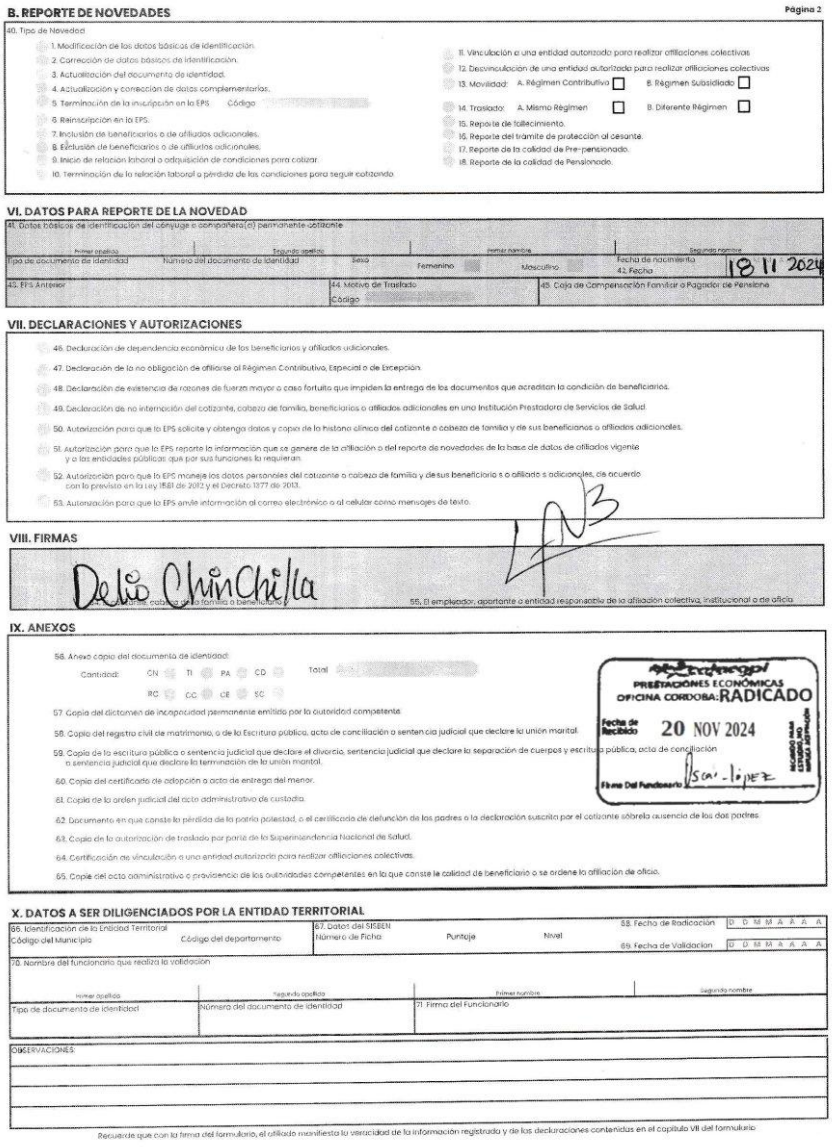


Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

2024110910344



B. REPORTE DE NOVEDADES Página 2

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de los datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identidad.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:
6. Reinscripción en la EPS.
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
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 REPORTE DE LA NOVEDAD

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de nacimiento 42. Fecha: 18 11 2024

43. EPS Anterior | 44. Motivo de Traslado Código: | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
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 de 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 beneficiario s o afiliado s 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

Delis Chinchilla

54. Firma del cotizante o de la persona a beneficiario(s)

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

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

PRESTACIONES ECONÓMICAS
OFICINA CORDOBA: RADICADO
Fecha de Recibido 20 NOV 2024
Firma Del Funcionario

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 del acta administrativa 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 sobrela 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 D D M M A A A A
69. Fecha de Validacion D D M M A A A A

70. Nombre del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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.

VIGILADO Supersalud

EPS | Cajacopi
Cuida de ti

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1

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

No. de Radicación	Fecha de Radicación

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X — B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o afiliado adicional — B. Colectivo — C. Institucional — D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo — B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — 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: CHICHILLA	Segundo apellido: RIVAS	Primer nombre: DELIO	Segundo nombre: JOSE

7. Tipo de documento de identidad	8. Nº del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento	Estado Civil	EPS anterior
PET	4.933.755	Femenino — Masculino X	13.02.1988	UNIÓN LIBRE	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales – ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso Base de cotización – IBC
COLMENA	PROVENIR	1.300.000

18. Residencia: MZ M CS 10

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
		3005672351	

Municipio	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)
VALLEDUPAR	X	FRANCISCO JAVIER	VALLEDUPAR

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. Nº del documento de identidad	22. Sexo: Femenino — Masculino	23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	Dirección

Municipio/Distrito	Zona Urbana: Rural — Urbana	Departamento	Código IPS (a registrar por la EPS)	Teléfono fijo	Celular

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

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

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

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Marque con una X): Tipo E	N	M — Condición T	P	32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	33. Datos de residencia	Zona: U / R	Municipio /Distrito	Departamento	Teléfono Fijo	Celular
B1		U R				
B2		U R				
B3		U R				
B4		U R				
B5		U R				

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		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
ARQUIENERGIA SAS	NIT	901077708	

39. Ubicación					
CL 45H 9-95	3008657065	rrhh.arquienergia.com	MONTERIA	CORDOBA	Departamento

VIGILADO Superintendencia de Salud

COMFACESAR
Estamos cumpliendo sueños

LA COORDINACION DE SUBSIDIOS Y APORTES DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR

Entidad sin ánimo de lucro con personería jurídica conferida por la Gobernación del Cesar por Resolución No. 0121 de abril 2 de 1968.

CERTIFICA

Que **el señor DELIO JOSE CHINCHILLA RIVAS**, identificado con No. 4933755 en su estado de afiliación se encuentra **ACTIVO** en esta CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CESAR desde el dieciocho (18) del mes de noviembre de 2024 a través de la empresa ARQUIENERGIA SAS y su categoría es A.

Se expide esta certificación a solicitud del interesado sin tachones ni enmendaduras a los veintidos (22) días del mes de noviembre de 2024.

CODIGO	DOCUMENTO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	FEC. NAC	TIPO

Atentamente,

JOSE LUCIANO CONTRERAS JAIMES
Coordinador de Subsidio y Aportes
Certificado generado via Web.

Vigilado Supersubsidio



REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1114269	
RAZON SOCIAL	ARQUIENERGÍA S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901077708	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99710218	2024-11-18	PT 4933755
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
CHINCHILLA RIVAS	DELIO JOSE	1988-2-13
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
FRANCISCO JAVIER	FRANCISCO JAVIER	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
VALLEDUPAR - Cesar	DELIOCHINCHILLA354@GMAIL.COM	3005675
Celular	**Sexo**	
3005672351	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR CIVIL	$1,300,000.00	CAJACOPI ATLANTICO -CCF
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	DEFENSORIA DEL PUEBLO SECCIONAL MONTERIA	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-11-18	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados Colmena Seguros ® - 2009

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4933755,** *no está registrado/a* en el 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 26 de noviembre de 2024.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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, 06 de November de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

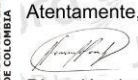
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AIRE CARIBE S A.

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:	0000000367 OBRAS NACIONAL VALLEDUPAR		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1123994759	GONZALEZ JARAMILLO YEYSON	07/11/2024		16330C82	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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/11/2024 20:39:08 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.63.25.13, 198.143.41.39, 172.16.42.57

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YEYSON GONZALEZ JARAMILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1123994759,** se encuentra afiliado/a desde **21/05/2008** 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 22 de noviembre de 2024.

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.

- **ANEXO 11**

aportes en línea

Planilla Resumen

| | | |

aportes en línea

Planilla Resumen

No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
29	CC	77011026	MANJARRES LARA EDUARDO ENRIQUE								X									25-14	30	$1,909,869	$305,600	EPS002	30	$1,909,869	$76,400	CCF15	30	$1,909,869	$76,400	14-4	30	$1,909,869	4.350%	$83,100	30	$0	$0	SI	$541,500
30	CC	12496793	MANJARREZ COLLANTES LUIS HERNANDO								X									23030 1	30	$2,008,500	$321,400	EPS037	30	$2,008,500	$80,400	CCF15	30	$2,008,500	$80,400	14-4	30	$2,008,500	4.350%	$87,400	30	$0	$0	SI	$569,600
31	CC	12597321	MARQUEZ DIAZ GABRIEL ENRIQUE								X									25-14	30	$1,799,370	$287,900	EPS017	30	$1,799,370	$72,000	CCF15	30	$1,799,370	$72,000	14-4	30	$1,799,370	4.350%	$78,300	30	$0	$0	SI	$510,200
32	CC	12436928	MARQUEZ CASTILLA XAVIER IVAN								X									23100 1	30	$2,031,956	$325,200	EPS002	30	$2,031,956	$81,300	CCF15	30	$2,031,956	$81,300	14-4	30	$2,031,956	4.350%	$88,400	30	$0	$0	SI	$576,200
33	CC	77024844	MARRIAGA VELASCO EDINSON								X									25-14	30	$2,008,500	$321,400	EPS002	30	$2,008,500	$80,400	CCF15	30	$2,008,500	$80,400	14-4	30	$2,008,500	4.350%	$87,400	30	$0	$0	SI	$569,600
34	CC	5164690	MAURE MANJARREZ RAMON ANTONIO								X									25-14	30	$1,344,369	$215,100	EPS002	30	$1,344,369	$53,800	CCF15	30	$1,344,369	$53,800	14-4	30	$1,344,369	4.350%	$58,500	30	$0	$0	SI	$381,200
35	CC	91509899	MEJIA GUALDRON CESAR OSWALDO								X									23030 1	30	$1,709,783	$273,600	EPS002	30	$1,709,783	$68,400	CCF15	30	$1,709,783	$68,400	14-4	30	$1,709,783	4.350%	$74,400	30	$0	$0	SI	$484,800
36	CC	77104076	MEJIA MARTINEZ DULIS ENRIQUE								X									23030 1	30	$1,994,653	$319,200	EPS037	30	$1,994,653	$79,800	CCF15	30	$1,994,653	$79,800	14-4	30	$1,994,653	4.350%	$86,800	30	$0	$0	SI	$565,600
37	CC	1003026471	MORENO HERNANDEZ HECTOR JAVIER									X								23030 1	2	$86,667	$10,500	EPS002	2	$86,667	$0	CCF15	2	$86,667	$0	14-4	2	$86,667	0.000%	$0	2	$0	$0	SI	$10,500
38	CC	1003026471	MORENO HERNANDEZ HECTOR JAVIER								X									23030 1	28	$1,643,933	$263,100	EPS002	28	$1,643,933	$65,800	CCF15	28	$1,643,933	$65,800	14-4	28	$1,643,933	4.350%	$71,600	28	$0	$0	SI	$466,300
39	CC	7363586	MORENO PEREZ LUIS ENRIQUE								X									25-14	30	$2,031,956	$325,200	EPS017	30	$2,031,956	$81,300	CCF15	30	$2,031,956	$81,300	14-4	30	$2,031,956	4.350%	$88,400	30	$0	$0	SI	$576,200
40	CC	5031233	MORENO MOLINA MANUEL EMIRO								X									25-14	30	$1,766,304	$282,700	EPS037	30	$1,766,304	$70,700	CCF15	30	$1,766,304	$70,700	14-4	30	$1,766,304	4.350%	$76,900	30	$0	$0	SI	$501,000
41	CC	77173919	MOYA FULA WILSON ENRIQUE								X									23030 1	30	$1,766,304	$282,700	EPS002	30	$1,766,304	$70,700	CCF15	30	$1,766,304	$70,700	14-4	30	$1,766,304	4.350%	$76,900	30	$0	$0	SI	$501,000
42	CC	1119838225	MURGAS DACONTE RICARDO LUIS								X									23030 1	30	$1,766,304	$282,700	EPS002	30	$1,766,304	$70,700	CCF15	30	$1,766,304	$70,700	14-4	30	$1,766,304	4.350%	$76,900	30	$0	$0	SI	$501,000
43	CC	49723920	NARVAEZ FLORIAN KATLIN KARINA								X									25-14	30	$1,766,304	$282,700	EPS002	30	$1,766,304	$70,700	CCF15	30	$1,766,304	$70,700	14-4	30	$1,766,304	4.350%	$76,900	30	$0	$0	SI	$501,000
44	CC	1065630929	NAVARRO DE LEON CAMILO JOSE								X									23030 1	30	$1,891,500	$302,700	EPS002	30	$1,891,500	$75,700	CCF15	30	$1,891,500	$75,700	14-4	30	$1,891,500	4.350%	$82,300	30	$0	$0	SI	$536,400
45	CC	1123731595	OLIVELLA LOPEZ WILLIAN ELIECER								X									23030 1	30	$1,799,370	$287,900	CCFC5 5	30	$1,799,370	$72,000	CCF30	30	$1,799,370	$72,000	14-4	30	$1,799,370	4.350%	$78,300	30	$0	$0	SI	$510,200
46	CC	7636601	ORTEGA CHAMORRO DAMAR ENRIQUE								X									23030 1	30	$1,708,370	$273,400	EPS037	30	$1,708,370	$68,400	CCF15	30	$1,708,370	$68,400	14-4	30	$1,708,370	4.350%	$74,400	30	$0	$0	SI	$484,600
47	CC	1082249653	ORTEGA CHAMORRO OMER DE JESUS								X									23030 1	30	$1,766,304	$282,700	EPS002	30	$1,766,304	$70,700	CCF15	30	$1,766,304	$70,700	14-4	30	$1,766,304	4.350%	$76,900	30	$0	$0	SI	$501,000
48	CC	18903565	OSORIO VICTOR MANUEL								X									23030 1	30	$2,008,500	$321,400	ESSC62	30	$2,008,500	$80,400	CCF15	30	$2,008,500	$80,400	14-4	30	$2,008,500	4.350%	$87,400	30	$0	$0	SI	$569,600
49	CC	1065838529	PABON DIAZ BRAHAN SMITH								X									23030 1	30	$1,769,413	$283,200	EPS041	30	$1,769,413	$70,800	CCF15	30	$1,769,413	$70,800	14-4	30	$1,769,413	4.350%	$77,000	30	$0	$0	SI	$501,800
50	CC	1067033381	PAYARES MENDEZ YAMITH								X									23100 1	30	$2,008,500	$321,400	EPS037	30	$2,008,500	$80,400	CCF15	30	$2,008,500	$80,400	14-4	30	$2,008,500	4.350%	$87,400	30	$0	$0	SI	$569,600
51	CC	18970821	RIVERA TORRES ALVARO ENRIQUE								X									23030 1	30	$1,994,653	$319,200	EPS037	30	$1,994,653	$79,800	CCF15	30	$1,994,653	$79,800	14-4	30	$1,994,653	4.350%	$86,800	30	$0	$0	SI	$565,600
52	CC	77031911	RODRIGUEZ CUETO ALBERTO RAFAEL								X									25-14	30	$1,799,370	$287,900	EPS002	30	$1,799,370	$72,000	CCF15	30	$1,799,370	$72,000	14-4	30	$1,799,370	4.350%	$78,300	30	$0	$0	SI	$510,200
53	CC	1065833502	ROPERO ROJAS DUBIN DAVID									X								23020 1	1	$43,334	$5,300	EPS002	1	$43,334	$0	CCF15	1	$43,334	$0	14-4	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$5,300
54	CC	1065833502	ROPERO ROJAS DUBIN DAVID								X									23020 1	29	$1,621,326	$259,500	EPS002	29	$1,621,326	$64,900	CCF15	29	$1,621,326	$64,900	14-4	29	$1,621,326	4.350%	$70,600	29	$0	$0	SI	$459,900
55	CC	1065845873	SANCHEZ ORTEGA JOSE ARMANDO								X									23030 1	30	$1,994,653	$319,200	EPS002	30	$1,994,653	$79,800	CCF15	30	$1,994,653	$79,800	14-4	30	$1,994,653	4.350%	$86,800	30	$0	$0	SI	$565,600
56	CC	1003252804	SERNA BELEÑO WILDER JOSE									X								23030 1	4	$173,334	$20,900	EPS002	4	$173,334	$0	CCF15	4	$173,334	$0	14-4	4	$173,334	0.000%	$0	4	$0	$0	SI	$20,900
57	CC	1003252804	SERNA BELEÑO WILDER JOSE								X									23030 1	26	$1,432,826	$229,300	EPS002	26	$1,432,826	$57,400	CCF15	26	$1,432,826	$57,400	14-4	26	$1,432,826	4.350%	$62,400	26	$0	$0	SI	$406,500
58	CC	1003266441	VARGAS RIVERA DIEGO HERNANDO	X							X									23030 1	1	$45,217	$7,300	EPS048	1	$45,217	$1,900	CCF15	1	$45,217	$1,900	14-4	1	$45,217	4.350%	$2,000	1	$0	$0	SI	$13,100
59	CC	1065870833	VARGAS MARTINEZ HECTOR EMILIO								X									25-14	30	$1,994,653	$319,200	EPS002	30	$1,994,653	$79,800	CCF15	30	$1,994,653	$79,800	14-4	30	$1,994,653	4.350%	$86,800	30	$0	$0	SI	$565,600
60	CC	1067809515	VELÁSQUEZ MORA JOSE GREGORIO								X									23020 1	30	$2,008,500	$321,400	EPS005	30	$2,008,500	$80,400	CCF15	30	$2,008,500	$80,400	14-4	30	$2,008,500	4.350%	$87,400	30	$0	$0	SI	$569,600
61	CC	77095015	VERGARA DE LA CRUZ GABRIEL ENRIQUE								X									25-14	30	$1,710,066	$273,700	EPS002	30	$1,710,066	$68,500	CCF15	30	$1,710,066	$68,500	14-4	30	$1,710,066	4.350%	$74,400	30	$0	$0	SI	$485,100
62	CC	1065577185	VILLALOBOS CAMPO ANDREA CAROLINA																	23020 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$368,600

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 800209088	9	VIPERS LTDA	A - 200 O MAS COTIZANTES	VALLEDUPAR	Calle 29 no 18-81	VALLEDUPAR-CESAR	7867813	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-10	2024-11	1073875582	9477551370	E	2024/11/25	2024/11/25	BANCOLOMBIA	0	$30,708,400	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	77160341	AGUILAR CHURIO JORGE ENRIQUE									X									25-14	30	$1,891,500	$302,700	EPS002	30	$1,891,500	$75,700	CCF15	30	$1,891,500	$75,700	14-4	30	$1,891,500	4.350%	$82,300	30	$0	$0	SI	$536,400
2	CC	1129532028	ALTAMAR VANEGAS JULI CATHERINE									X									23030 1	30	$1,766,304	$282,700	EPS002	30	$1,766,304	$70,700	CCF15	30	$1,766,304	$70,700	14-4	30	$1,766,304	4.350%	$76,900	30	$0	$0	SI	$501,000
3	CC	39462688	AMAYA GARCIA DALCY ISABEL									X									23020 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	4.350%	$56,600	30	$0	$0	SI	$368,600
4	CC	12645105	AMAYA VASQUEZ DEIRO VENTURA									X									23030 1	30	$1,799,370	$287,900	EPS002	30	$1,799,370	$72,000	CCF15	30	$1,799,370	$72,000	14-4	30	$1,799,370	4.350%	$78,300	30	$0	$0	SI	$510,200
5	CC	1065660684	ANTEQUERA JIMENO JHON NAIDER										X								23100 1	1	$43,334	$5,300	EPS002	1	$43,334	$0	CCF15	1	$43,334	$0	14-4	1	$43,334	0.000%	$0	1	$0	$0	SI	$5,300
6	CC	1065660684	ANTEQUERA JIMENO JHON NAIDER									X									23100 1	29	$1,712,892	$274,100	EPS002	29	$1,712,892	$68,600	CCF15	29	$1,712,892	$68,600	14-4	29	$1,712,892	6.960%	$119,300	29	$0	$0	SI	$530,600
7	CC	1065630236	ARIAS GUERRA JORGE DAVID									X									25-14	30	$2,031,956	$325,200	EPS002	30	$2,031,956	$81,300	CCF30	30	$2,031,956	$81,300	14-4	30	$2,031,956	4.350%	$88,400	30	$0	$0	SI	$576,200
8	CC	7572446	ARIAS GUERRA JORGE ARMANDO									X									23100 1	30	$1,706,956	$273,200	EPS002	30	$1,706,956	$68,300	CCF15	30	$1,706,956	$68,300	14-4	30	$1,706,956	4.350%	$74,300	30	$0	$0	SI	$484,100
9	CC	1065829866	ARZUAGA BUENDIA JOSE LUIS									X									23030 1	30	$1,918,912	$307,100	EPS005	30	$1,918,912	$76,800	CCF15	30	$1,918,912	$76,800	14-4	30	$1,918,912	4.350%	$83,500	30	$0	$0	SI	$544,200
10	CC	1065606781	BLANCO BELLO JESUS MANUEL									X									23030 1	30	$1,688,021	$270,100	EPS002	30	$1,688,021	$67,600	CCF15	30	$1,688,021	$67,600	14-4	30	$1,688,021	4.350%	$73,500	30	$0	$0	SI	$478,800
11	CC	7572674	BLANCO BELLO JUAN CARLOS									X									23030 1	30	$2,211,780	$353,900	EPS002	30	$2,211,780	$88,500	CCF15	30	$2,211,780	$88,500	14-4	30	$2,211,780	4.350%	$96,300	30	$0	$0	SI	$627,200
12	CC	1065614028	BORREGO CAMACHO YEINER ALFONSO									X									23020 1	30	$1,765,174	$282,500	EPS002	30	$1,765,174	$70,700	CCF15	30	$1,765,174	$70,700	14-4	30	$1,765,174	6.960%	$122,900	30	$0	$0	SI	$546,800
13	CC	49766100	CAÑIZARES PEREZ SARA INES									X									23030 1	30	$1,994,653	$319,200	EPS002	30	$1,994,653	$79,800	CCF15	30	$1,994,653	$79,800	14-4	30	$1,994,653	4.350%	$86,800	30	$0	$0	SI	$565,600
14	CC	77181702	CASTILLO MUÑOZ YASMITH ARISTIDES									X									25-14	30	$1,799,370	$287,900	EPS017	30	$1,799,370	$72,000	CCF15	30	$1,799,370	$72,000	14-4	30	$1,799,370	4.350%	$78,300	30	$0	$0	SI	$510,200
15	CC	12644093	CERVANTES OROZCO JAVIER									X									23030 1	30	$2,008,500	$321,400	EPS002	30	$2,008,500	$80,400	CCF15	30	$2,008,500	$80,400	14-4	30	$2,008,500	4.350%	$87,400	30	$0	$0	SI	$569,600
16	CC	77105566	CHAVEZ BARRIOS GERMAN ALBERTO									X									23030 1	30	$1,706,956	$273,200	EPS002	30	$1,706,956	$68,300	CCF15	30	$1,706,956	$68,300	14-4	30	$1,706,956	4.350%	$74,300	30	$0	$0	SI	$484,100
17	CC	17973751	CORONEL APONTE JOSE ALBERTO									X									25-14	30	$1,891,500	$302,700	EPS005	30	$1,891,500	$75,700	CCF30	30	$1,891,500	$75,700	14-4	30	$1,891,500	4.350%	$82,300	30	$0	$0	SI	$536,400
18	CC	1064706858	DAZA DURAN JAVIER ALFONSO									X									23030 1	30	$1,706,956	$273,200	EPS037	30	$1,706,956	$68,300	CCF15	30	$1,706,956	$68,300	14-4	30	$1,706,956	4.350%	$74,300	30	$0	$0	SI	$484,100
19	CC	77169309	DAZA ALVARADO JULIO ENRIQUE									X									25-14	30	$1,994,653	$319,200	EPS037	30	$1,994,653	$79,800	CCF15	30	$1,994,653	$79,800	14-4	30	$1,994,653	4.350%	$86,800	30	$0	$0	SI	$565,600
20	CC	1063599546	DAZA RIOS WILLIAM ALBERTO									X									23030 1	30	$1,891,500	$302,700	EPS002	30	$1,891,500	$75,700	CCF15	30	$1,891,500	$75,700	14-4	30	$1,891,500	4.350%	$82,300	30	$0	$0	SI	$536,400
21	CC	17973648	DIAZ QUINTERO JOSE ANGEL									X									23030 1	30	$2,008,500	$321,400	EPS037	30	$2,008,500	$80,400	CCF30	30	$2,008,500	$80,400	14-4	30	$2,008,500	4.350%	$87,400	30	$0	$0	SI	$569,600
22	CC	5174724	FRAGOZO RAMOS JORGE ALFREDO									X									23030 1	30	$1,994,653	$319,200	EPS037	30	$1,994,653	$79,800	CCF30	30	$1,994,653	$79,800	14-4	30	$1,994,653	4.350%	$86,800	30	$0	$0	SI	$565,600
23	CC	1067014526	GONZALEZ LIMA JUAN JOSE									X									25-14	30	$1,706,956	$273,200	EPS005	30	$1,706,956	$68,300	CCF15	30	$1,706,956	$68,300	14-4	30	$1,706,956	4.350%	$74,300	30	$0	$0	SI	$484,100
24	CC	77176939	GUILLEN HERNANDEZ RETH RILLER									X									23030 1	30	$1,891,500	$302,700	EPS002	30	$1,891,500	$75,700	CCF15	30	$1,891,500	$75,700	14-4	30	$1,891,500	4.350%	$82,300	30	$0	$0	SI	$536,400
25	CC	1066268278	GUTIERREZ TONCEL JHOEYNER ANDRES									X									23020 1	30	$1,756,697	$281,100	EPS041	30	$1,756,697	$70,300	CCF15	30	$1,756,697	$70,300	14-4	30	$1,756,697	4.350%	$76,500	30	$0	$0	SI	$498,200
26	CC	1081157960	GUTIERREZ ROJAS OLGA LUCIA										X								23030 1	3	$135,652	$21,800	EPSIC1	3	$135,652	$5,500	CCF15	3	$135,652	$0	14-4	3	$135,652	0.000%	$0	3	$0	$0	SI	$27,300
27	CC	1081157960	GUTIERREZ ROJAS OLGA LUCIA									X									23030 1	27	$1,844,870	$295,200	EPSIC1	27	$1,844,870	$73,800	CCF15	27	$1,844,870	$73,800	14-4	27	$1,844,870	4.350%	$80,300	27	$0	$0	SI	$523,100
28	CC	72155593	JIMENEZ RANGEL RAMIRO ANTONIO									X									23020 1	30	$1,880,477	$300,900	EPS002	30	$1,880,477	$75,300	CCF15	30	$1,880,477	$75,300	14-4	30	$1,880,477	4.350%	$81,900	30	$0	$0	SI	$533,400

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 900566121	7	TECNIPLOMEROSTUBERTEC SILVA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OPERATIVOS	CALLE 62 N 30 60	BUCARAMANGA-SANTANDER	6570606	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	454266741	9462189905	E	2024/11/07	2024/11/07	NEQUI	0	$3,233,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$1,671,000	$0	$0	$1,671,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$1,456,000	$0	$0	$1,456,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$7,000	$0	$0	$7,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$727,100	$0	$0	$727,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	9	$727,100	$0	$0	$729,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				9	$417,800	$0	$0	$417,800
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	9	$417,800	$0	$0	$417,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				9	$417,800	$0	$0	$417,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$1,800	$0	$0	$1,800
NUEVA E.P.S.	EPS017	830,003,564	7	8	$416,000	$0	$0	$416,000
TOTAL				9	$3,233,700	$0	$0	$3,233,700

2024/11/07 04:18 PM

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 900566121	7	TECNIPLOMEROSTUBERTEC SILVA S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	OPERATIVOS	CALLE 62 N 30 60	BUCARAMANGA-SANTANDER	6570606	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	454266741	9462189905	E	2024/11/07	2024/11/07	NEQUI	0	$3,233,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: OPERATIVOS (9 Afiliados)																						$10,443,334	$1,671,000			$10,443,334	$417,800			$10,443,334	$417,800			$10,443,334		$727,100		$0	$0		$3,233,700
Centro de Trabajo: RIESGO V (9 Afiliados)																						$10,443,334	$1,671,000			$10,443,334	$417,800			$10,443,334	$417,800			$10,443,334		$727,100		$0	$0		$3,233,700
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (9 Afiliados)																						$10,443,334	$1,671,000			$10,443,334	$417,800			$10,443,334	$417,800			$10,443,334		$727,100		$0	$0		$3,233,700
1	CC	77104215	BERNUY DAVILA ENRIQUE LUIS																	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF39	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
2	CC	1124067245	CERVANTES JIMENEZ JHOJAN																	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF39	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
3	CC	91288827	COGOLLO CHACON JOAQUIN AUGUSTO																	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF39	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
4	CC	1081791505	FLOREZ GUTIERREZ ALEXANDER																	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF39	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
5	CC	1214467342	MEJIA PADRON OMAY JOSE		X															23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF39	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
6	CC	77184403	SAN JUAN RIOS HUBER																	23100 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF39	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
7	CC	91295669	SILVA SUAREZ FERNANDO																	23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF39	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
8	CC	1003042138	SOLANO RICO JHAN CARLOS																	23020 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF39	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
9	CC	1098456329	VILLAMIZAR RODRIGUEZ JOSE ALEJANDRO		X															23030 1	1	$43,334	$7,000	EPS010	1	$43,334	$1,800	CCF39	1	$43,334	$1,800	14-4	1	$43,334	6.960%	$3,100	1	$0	$0	SI	$13,700
Total		**Afiliados(9)**																				$10,443,334	$1,671,000			$10,443,334	$417,800			$10,443,334	$417,800			$10,443,334		$727,100		$0	$0		$3,233,700

2024/11/07 04:18 PM

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901466935	0	PAP CONSTRUCCIONES SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA -14-4	SUCURSAL	4330	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
20-1	CALLE 2B N 40 04		3901119		GILBERTHIBARRA@HOTMAIL.COM			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
2024-10	2024-11	31569217	E	2024-11-13	TODOS LOS CENTROS	CESAR	VALLEDUPAR	12.857.839	10.200	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
41	31569217	2024-11-12	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
43.766.675	43.766.675	43.766.675	43.766.675	0

RESUMEN DE PAGO

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				54	6.855.200	0	0	6.855.200
PROTECCION	230201	800229739	0	12	1.421.800	0	0	1.421.800
PORVENIR	230301	800224808	8	25	3.408.500	0	0	3.408.500
COLFONDOS	231001	800227940	6	9	1.286.400	0	0	1.286.400
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	8	738.500	0	0	738.500
EPS(Administradoras: 11)				54	1.602.100	0	0	1.602.100
EPS CAJACOPI	CCFC55	901543211	6	13	485.400	0	0	485.400
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	12	336.300	0	0	336.300
SANITAS	EPS005	800251440	6	6	185.500	0	0	185.500
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	3	38.300	0	0	38.300
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	10	263.600	0	0	263.600
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	2	7.000	0	0	7.000
COOSALUD	EPS042	900226715	3	2	104.000	0	0	104.000
EPS-S DUSAKAWI	EPSIC1	824001398	1	1	31.200	0	0	31.200
EPS-S MUTUAL - MOV	ESSC07	806008394	7	2	36.400	0	0	36.400
EPS-S COOSALUD	ESSC24	900226715	3	2	83.200	0	0	83.200
ESSC ASMET SALUD	ESSC62	900935126	7	1	31.200	0	0	31.200
ARP(Administradoras: 1)				54	2.788.000	0	0	2.788.000
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	54	2.788.000	0	0	2.788.000
CCF(Administradoras: 1)				54	1.602.100	0	0	1.602.100
COMFACESAR	CCF15	892399989	8	54	1.602.100	0	0	1.602.100
Gran Total					12.847.400	0	0	12.847.400

Página 3 2024-11-13

| | | |

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901486935	0	PHP CONSTRUCCIONES SAS	B	0	SEGUROS COLPATRIA - 164	SUCURSAL	4330	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
20-1	CALLE 2B N 40 84		5901119		GILBERTHIBARRA@HOTMAIL.COM		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
2024-10	2024-11	31569217	E	2024-11-13	TODOS LOS CENTROS	CESAR	VALLEDUPAR	12.857.800	10.200	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA						
41	31569217	2024-11-12	Pagada						

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS			PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	IGE	LMA	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	VACLR	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	ESPE	DIAS	DIAL	NOMBRE	IBC	Cot	FNDSL	FNDSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 7570764	PERTUZ BOLAÑO PEDRO MANUEL	1.300.000		F											0				30	30	30	30	PORVENIR-23038	1.300.800	296.000	0		SANITAS-P29805	1.300.800	52.800	COMFACESA-R-CCF15	1.300.800	52.800	1.300.800	90.500	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	402.500	S	5439001
2	CC 7572404	JACOME SANTIAGO YERAN ALBEIO	1.300.000		F											0				30	30	30	30	COLPENSION-SS-23-14	1.300.800	296.000	0		COOSALUD-E29842	1.300.800	52.800	COMFACESA-R-CCF15	1.300.800	52.800	1.300.800	90.500	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	402.500	S	5439001
3	CC 12599720	DE ANGEL SALCEDO OSCAR DARIO	1.300.000		F											0				30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.300.800	296.000	0		COOSALUD-E29842	1.300.800	52.800	COMFACESA-R-CCF15	1.300.800	52.800	1.300.800	90.500	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	402.500	S	5439001
4	CC 12646505	CORRALES DITTA DENYS	1.300.000		F						X					0				7	7	7	7	PROTECCION-230201	303.334	36.500	0		SALUD-E(TOTAL-E29802	303.334	0	COMFACESA-R-CCF15	303.334	0	303.334	0	0,00000	0	0	0	0	0,01	9	36.500	S	5439001
5	CC 12646505	CORRALES DITTA DENYS	1.300.000		F	X										0				21	21	21	21	PROTECCION-230201	910.800	145.600	0		SALUD-E(TOTAL-E29802	910.800	36.400	COMFACESA-R-CCF15	910.800	36.400	910.800	63.400	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	281.800	S	5439001
6	CC 19768013	PEREZ ROCHA EDELSIDRO	1.300.000		F											0				30	30	30	30	PORVENIR-23038	1.300.800	296.000	0		SALUD-E(TOTAL-E29802	1.300.800	52.800	COMFACESA-R-CCF15	1.300.800	52.800	1.300.800	90.500	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	402.500	S	5439001
7	CC 19773387	MONTERO OSPINO MARTIN ALONSO	1.300.000		F	X										0				9	9	9	9	COLPENSION-SS-75-14	390.800	67.400	0		SALUD-E(TOTAL-E29802	390.800	15.600	COMFACESA-R-CCF15	390.800	15.600	390.800	27.200	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	120.800	S	5439001
8	CC 72192577	DE LEON DE LA ASUNCION WILMAR ENRIQUE	1.300.000		F											0				23	23	23	23	PROTECCION-230201	996.667	159.500	0		EPS-E(AJACOPI-CCFC55	996.667	39.900	COMFACESA-R-CCF15	996.667	39.900	996.667	69.400	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	308.700	S	5439001
9	CC 72192577	DE LEON DE LA ASUNCION WILMAR ENRIQUE	1.300.000		F						X					0				7	7	7	7	PROTECCION-230201	303.334	36.500	0		EPS-E(AJACOPI-CCFC55	303.334	0	COMFACESA-R-CCF15	303.334	0	303.334	0	0,00000	0	0	0	0	0,01	9	36.500	S	5439001
10	CC 73376532	SERRANO PEREZ JHONYS RAFAEL	1.300.000		F	X										0				18	18	18	18	COLPENSION-SS-75-14	780.800	124.800	0		EPS-E(AJACOPI-CCFC55	780.800	31.200	COMFACESA-R-CCF15	780.800	31.200	780.800	54.300	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	241.500	S	5411101
11	CC 77991055	LIQUEZ CRESPO ALEXANDER	1.300.000		F											0				30	30	30	30	PORVENIR-23038	1.300.800	296.000	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A.-EPS037	1.300.800	52.800	COMFACESA-R-CCF15	1.300.800	52.800	1.300.800	90.500	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	402.500	S	5411101
12	CC 73904092	TORRES PEREZ CARLOS MARIO	1.300.000		F											0				23	23	23	23	PORVENIR-23038	996.667	159.500	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A.-EPS037	996.667	39.900	COMFACESA-R-CCF15	996.667	39.900	996.667	69.400	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	308.700	S	5439001
13	CC 73904092	TORRES PEREZ CARLOS MARIO	1.300.000		F						X					0				7	7	7	7	PORVENIR-23038	303.334	36.500	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A.-EPS037	303.334	0	COMFACESA-R-CCF15	303.334	0	303.334	0	0,00000	0	0	0	0	0,01	9	36.500	S	5439001
14	CC 77177577	CABALLERO SOTO JAIRO ENRIQUE	1.300.000		F	X										0				1	1	1	1	COLPENSION-SS-75-14	43.334	7.000	0		FAMISANAR-E29817	43.334	1.800	COMFACESA-R-CCF15	43.334	1.800	43.334	3.100	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	13.700	S	5433001
15	CC 77177577	CABALLERO SOTO JAIRO ENRIQUE	1.300.000		F	X										0				2	2	2	2	COLPENSION-SS-75-14	86.667	13.900	0		FAMISANAR-E29817	86.667	3.500	COMFACESA-R-CCF15	86.667	3.500	86.667	6.100	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	27.000	S	5433001
16	CC 77186294	PEREZ DIAZ CARLOS	1.300.000		F											0				23	23	23	23	PORVENIR-23038	996.667	159.500	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A.-EPS037	996.667	39.900	COMFACESA-R-CCF15	996.667	39.900	996.667	69.400	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	308.700	S	5439001
17	CC 77186294	PEREZ DIAZ CARLOS	1.300.000		F						X					0				7	7	7	7	PORVENIR-23038	303.334	36.500	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A.-EPS037	303.334	0	COMFACESA-R-CCF15	303.334	0	303.334	0	0,00000	0	0	0	0	0,01	9	36.500	S	5439001
18	CC 77186733	PEREZ MEJIA JUAN CARLOS	1.300.000		F	X										0				4	4	4	4	PORVENIR-23038	173.334	23.800	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A. MOV-E29841	173.334	7.400	COMFACESA-R-CCF15	173.334	7.400	173.334	12.100	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	53.900	S	5439001
19	CC 77186733	PEREZ MEJIA JUAN CARLOS	1.300.000		F						X					0				10	10	10	10	PORVENIR-23038	433.334	52.100	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A. MOV-E29841	433.334	0	COMFACESA-R-CCF15	433.334	0	433.334	0	0,00000	0	0	0	0	0,01	9	52.100	S	5439001
20	CC 85164954	GRANADOS CHAVEZ JULIO	1.300.000		F	X										0				19	19	19	19	PORVENIR-23038	823.334	131.800	0		FAMISANAR-E29817	823.334	33.800	COMFACESA-R-CCF15	823.334	33.800	823.334	57.400	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	255.200	S	5439001
21	CC 1003879044	CONTRERAS ZURITA DIEDSY ALBERTO	1.300.000		F											0				30	30	30	30	PORVENIR-23038	1.300.800	296.000	0		EPS-S-E(COOSALUD-ESSC8	1.300.800	52.800	COMFACESA-R-CCF15	1.300.800	52.800	1.300.800	90.500	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	402.500	S	5433001
22	CC 1003196568	SALCEDO CANTILLO JAIME LUIS	1.300.000		F											0				23	23	23	23	COLFONDOS-23100	996.667	159.500	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A.-EPS037	996.667	39.900	COMFACESA-R-CCF15	996.667	39.900	996.667	69.400	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	308.700	S	5439001
23	CC 1003196568	SALCEDO CANTILLO JAIME LUIS	1.300.000		F						X					0				7	7	7	7	COLFONDOS-23100	303.334	36.500	0		NUEVA E.P.S.-E(S.A.-EPS037	303.334	0	COMFACESA-R-CCF15	303.334	0	303.334	0	0,00000	0	0	0	0	0,01	9	36.500	S	5439001
24	CC 1003736648	CONTRERAS GARCIA JHOLIS DAVID	1.300.000		F	X										0				18	18	18	18	COLPENSION-SS-75-14	780.800	124.800	0		EPS-S-E(CAJASAN-ESS23	780.800	31.200	COMFACESA-R-CCF15	780.800	31.200	780.800	54.300	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	241.500	S	5439001
25	CC 1003221789	ARIAS BALLESTEROS JAIFAR JOSE	1.300.000		F											0				24	24	24	24	COLPENSION-SS-25-14	1.040.800	196.400	0		SANITAS-P29805	1.040.800	41.600	COMFACESA-R-CCF15	1.040.800	41.600	1.040.800	72.400	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	322.900	S	5439001
26	CC 1003221789	ARIAS BALLESTEROS JAIFAR JOSE	1.300.000		F						X					0				6	6	6	6	COLPENSION-SS-75-14	260.800	31.200	0		SANITAS-P29805	260.800	0	COMFACESA-R-CCF15	260.800	0	260.800	0	0,00000	0	0	0	0	0,01	9	31.200	S	5439001
27	CC 1003223543	PEREZ GONZALEZ LUIS DAVID	1.300.000		F	X										0				18	18	18	18	PORVENIR-23038	780.800	124.800	0		EPS-E(AJACOPI-CCFC55	780.800	31.200	COMFACESA-R-CCF15	780.800	31.200	780.800	54.300	0,69068	0	0	0	0	0,01	9	241.500	S	5439001

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 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-10	2024-10	1047600879	9477267513	Y	2024/11/20	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$190,200	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VALLEDUPAR (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
Centro de Trabajo: DEFENSORIA (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
1	CC	80873097	FUENTES WILLIAM																			0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
2	PT	5977350	GONZALEZ CHRISTIAN		X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	1	$43,334	6.960%	$3,100	0	$0	$0	No	$3,100
3	CC	1065660067	PEREZ JOHAN	X	X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	0	$0	$0	No	$6,100
4	CC	77194471	QUIROZ JOSE																			0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
Total	**Afiliados(4)**																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1047600879	9477267513	Y	2024/11/20	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$190,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$190,200	$0	$0	$190,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$190,200	$0	$0	$190,200
TOTAL				4	$190,200	$0	$0	$190,200

2024/11/21 04:08 PM

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-10-30, 11:06:06 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067672324

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

PAGADA 2024-10-30 20:43:54.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN FELIPE BOHORQUEZ GIL				
Documento	CC 1018480469	**Dirección**	CL 52 #7 - 50 LEON XIII		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3106184427		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1018480469		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					BOHORQUEZ GIL JUAN FELIPE	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión					Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	SLN	CUR	VSY	VST	IGE	LMA	VAC	AVP	IST	IRP	Días AFP	Días ARL	Días AFP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	0	0			230201		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500

Lineas 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!

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	4151977	JEYSSON ANDRES BECERRA ALMANZA		calle 129 #56c -22	3118820538	andres6930@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Indecendiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	25/10/2024	81206159	$638.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colpensi	Subtipo	Extranjero	Colpensi exterior	Extranjero	RET	TDP	TAE	TDP	VSP	IGE	ELN	LMA	SAL	SLN	IGT	INL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4151977	BECERRA ALMANZA JEYSSON ANDRES	3	0			N														201001	2.240.000	358.400	0	0	0	0	EPS017	2.240.000	280.000		0		0		0	0		0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	4151977	JEYSSON ANDRES BECERRA ALMANZA	calle 129 #56c -22	3118820538	andres6930@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Indecendiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	25/10/2024	81206159	$638.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	280.000	0		0		0	0	0	0	280.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	358.400	0	0	0	0	0	0		358.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

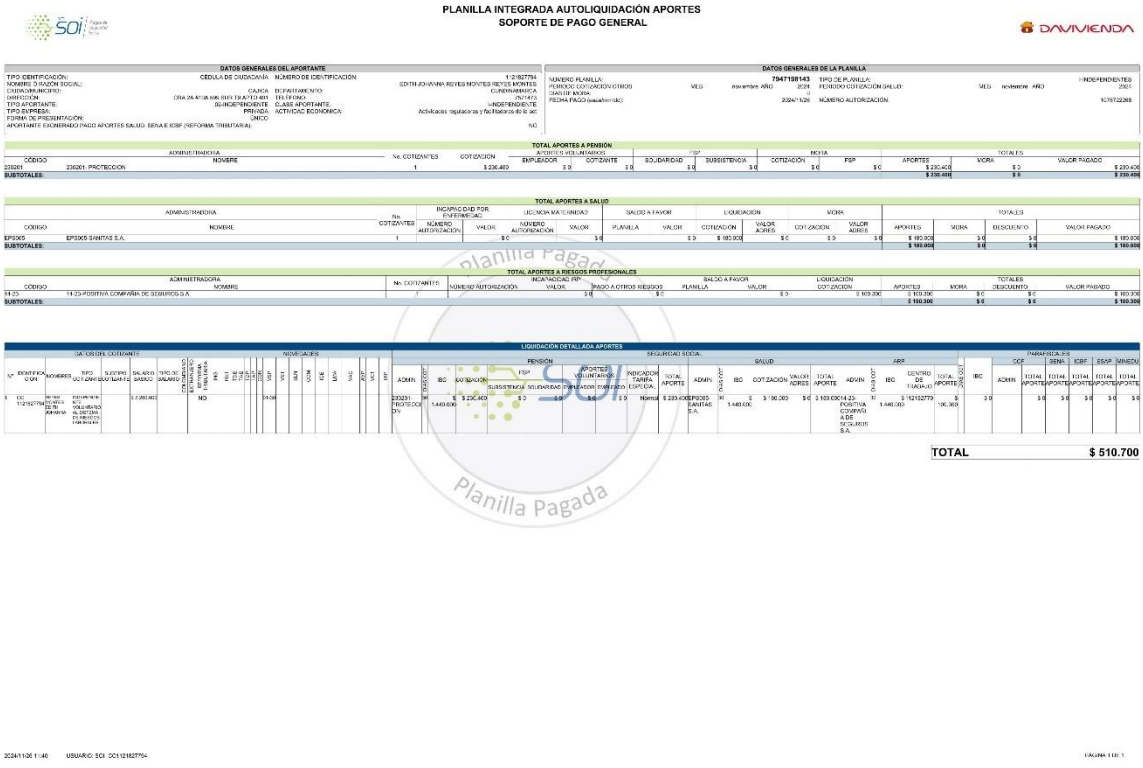
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	280.000	280.000
Pensión	1	358.400	358.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	638.400	638.400

PAGADA

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



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	1121827754
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			EDITH JOHANNA REYES MONTES REYES MONTES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CAJICA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCION:	CRA 2A # 13A 106 SIFI TA APTO 401	TELEFONO:	7571473
TIPO APORTANTE:	DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras 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

NUMERO PLANILLA:	7947188143	TIPO DE PLANILLA:					INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SIS:	MES noviembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACION SALUD:		MES noviembre AÑO			2024
DIAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/26	NUMERO AUTORIZACION:					107672268

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 230.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.400	$ 0	$ 230.400
SUBTOTALES:										$ 230.400	$ 0	$ 230.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR AGRES	COTIZACION	VALOR AGRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS065	EPS065 SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 180.000		$ 0	$ 0	$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 180.000
SUBTOTALES:													$ 180.000	$ 0	$ 0	$ 180.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACION		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1423	1423-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 169.300		$ 169.300	$ 0	$ 0	$ 169.300
SUBTOTALES:										$ 169.300	$ 0	$ 0	$ 169.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES												SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	COLOMBIANO EN EXTERIOR	INGRESO	RET	TDE	TAE	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	PENSIÓN						SALUD						ARP					CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																						ADMIN	COTIZACIÓN	IBC	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICACIÓN TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	COTIZANTE	IBC	COTIZACIÓN	VALOR AGRES	TOTAL APORTE	ADMIN	COTIZANTE	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES	TOTAL APORTES
1	CC 1121827754	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 1.200.000		NO							24.00								230201-PROTECCION	30	$ 230.400	$ 1.440.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.400	EPS065 SANITAS S.A.	30	$ 1.440.000	$ 180.000	$ 0	180.000	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.440.000	7	$ 12102779	$ 169.300	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 510.700

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **ADRIAN MAFIOLI Y CIA SAS**, identificada con **NI** número **900188894**, aportó por **ADRIAN EDUARDO MAFIOLI PETRO**, identificado(a) con **CC** número **80084535** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **81750106** para el periodo de salud **2024-11** y pensiones **2024-10** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DIAS	CLASE RIESGO	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	0															0		30		Octubre - 2024	81750106	13/11/2024	N
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	1	0															0		30		Noviembre - 2024	81750106	13/11/2024	N
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	0															0		30		Octubre - 2024	81750106	13/11/2024	N
PAICBF	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	1	0															0		30		Octubre - 2024	81750106	13/11/2024	N
14-4	Seguros de Vida Colpatria S.A.	1	0															0		30	5	Octubre - 2024	81750106	13/11/2024	N
PASENA	SENA	1	0															0		30		Octubre - 2024	81750106	13/11/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 26 días del mes Noviembre de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900496355	2	PARQUEADERO Y GRUAS ARRO SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	4923	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
20-1	DIAGONAL 21 N 20 98		5896222		CONTABILIDAD@PYGASAS.COM			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
2024-10	2024-11	315784492	E	2024-11-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.951.500	9.000	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
9	315784492	2024-11-15	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
14.214.543	14.214.543	14.214.543	14.214.543	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				9	2.274.700	0	5.000	0	2.279.700
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	293.900	0	700	0	294.600
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	209.600	0	500	0	210.100
PORVENIR	230301	800224808	8	7	1.771.200	0	3.800	0	1.775.000
EPS(Administradoras: 4)				9	569.000	0	1.500	0	570.500
EPS-S COOSALUD	ESSC24	900226715	3	1	73.500	0	200	0	73.700
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	6	381.300	0	900	0	382.200
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	56.500	0	200	0	56.700
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	57.700	0	200	0	57.900
ARP(Administradoras: 1)				9	529.800	0	1.200	0	531.000
ARL SURA	14-11	890903790	5	9	529.800	0	1.200	0	531.000
CCF(Administradoras: 1)				9	569.000	0	1.300	0	570.300
COMFACESAR	CCF15	892399989	8	9	569.000	0	1.300	0	570.300
Gran Total					3.942.500	0	9.000	0	3.951.500

Página 2 2024-11-18

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900496355	2	PARQUEADERO Y GRUAS ARIÑO SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	SUCURSAL	4923	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES				
20-1	DIAGONAL 21 N 20 98	5866222	CONTABILIDAD@PYGASAS.COM	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
2024-10	2024-11	31578492	E	2024-11-18	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	3.951.500	9.000	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA						
9	31578492	2024-11-15	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	VST	SLN	IGE	LMA	VAC - LR	AVP	VCT	IRL	EPS/T	AFP/T	AFP	DÍA	DÍA	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNS/CL	FNE/UB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1065129721	ALVARADO MEDINA ALBERTO ENRIQUE	1.469.000	V								X								0			30	30	30	30	PORVENIR-23030	1.634.348	261.500	0		SALUD TOTAL-129801	1.634.348	65.400	COMFACUSA R-CCF15	1.634.348	65.400	1.634.348	71.100	0,04358	0	0	0	0	0	0,01	9		461.400	S	4492301
2	CC 1067594868	ARIÑO OBREGON JAIME ANDRES	1.310.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION 85-25-14	1.310.000	209.600	0		SALUD TOTAL-129802	1.310.000	52.400	COMFACUSA R-CCF15	1.310.000	52.400	1.310.000	6.900	0,00522	0	0	0	0	0	0,01	9		321.200	S	1701001
3	CC 1083427727	CALVO NAVARRO JOSE JOSE	1.310.000	F								X								0			25	28	28	28	PORVENIR-23030	1.322.909	711.700	0		NUEVA E.P.S.-05A. MOV-129841	1.322.909	53.000	COMFACUSA R-CCF15	1.322.909	57.600	1.322.909	57.600	0,04358	0	0	0	0	0	0,01	9		375.500	S	4492301
4	CC 1083427727	CALVO NAVARRO JOSE JOSE	1.310.000	F												L				0			2	2	2	2	PORVENIR-23030	87.334	14.000	0		NUEVA E.P.S.-05A. MOV-129841	87.334	3.500	COMFACUSA R-CCF15	87.334	3.500	87.334	0	0,00000	0	0	0	0	0	0,01	9		21.000	S	4492301
5	CC 77188791	CARRILLO MERCADO JOSE LUIS	1.469.000	V								X								0			14	14	14	14	PORVENIR-23030	762.899	122.100	0		SALUD TOTAL-129802	762.899	30.600	COMFACUSA R-CCF15	762.899	33.200	762.899	33.200	0,04358	0	0	0	0	0	0,01	9		216.500	S	4492301
6	CC 77188791	CARRILLO MERCADO JOSE LUIS	1.503.787	V												X				0			16	16	16	16	PORVENIR-23030	802.020	128.400	0		SALUD TOTAL-129802	802.020	32.100	COMFACUSA R-CCF15	802.020	32.100	802.020	0	0,00000	0	0	0	0	0	0,01	9		192.600	S	4492301
7	CC 1129105593	CARRILLO PADILLA DEIMER EFREN	1.469.000	V								X								0			30	30	30	30	COLFONDOS 23100	1.836.739	293.900	0		EPS-S 0CIUDALUD-ESSC24	1.836.739	73.500	COMFACUSA R-CCF15	1.836.739	73.500	1.836.739	79.900	0,04358	0	0	0	0	0	0,01	9		520.800	S	4492301
8	CC 77189039	GUALDRON ESTEVEZ DIEGO FERNANDO	1.310.000	V								X								0			30	30	30	30	PORVENIR-23030	1.634.652	261.600	0		SALUD TOTAL-129802	1.634.652	65.400	COMFACUSA R-CCF15	1.634.652	65.400	1.634.652	71.200	0,04358	0	0	0	0	0	0,01	9		463.600	S	4492301
9	CC 1065900387	MOLINA RODRIGUEZ GRISSION MIGUEI	1.310.000	V								X								0			30	30	30	30	PORVENIR-23030	1.442.424	230.800	0		SALUD TOTAL-129802	1.442.424	57.700	COMFACUSA R-CCF15	1.442.424	57.700	1.442.424	62.800	0,04358	0	0	0	0	0	0,01	9		409.000	S	4492301
10	CC 1065657215	PERALTA GARRIDO CESAR DAVID	1.310.000	V								X								0			30	30	30	30	PORVENIR-23030	1.940.218	310.500	0		SALUD TOTAL-129802	1.940.218	77.700	COMFACUSA R-CCF15	1.940.218	77.700	1.940.218	84.400	0,04358	0	0	0	0	0	0,01	9		550.300	S	4492301
11	CC 1065834634	TORRES ALMEIRA JOSE CAMILO	1.310.000	V								X								0			30	30	30	30	PORVENIR-23030	1.441.804	230.600	0		COMFAMANAR-129817	1.441.800	57.200	COMFACUSA R-CCF15	1.441.800	57.700	1.441.804	62.700	0,04358	0	0	0	0	0	0,01	9		408.700	S	4492301

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88280330		NAVARRO MENDOZA ALDEMAR JESUS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMON	MZ C CASA D	VALLEDUPAR-CESAR	5742136	Si

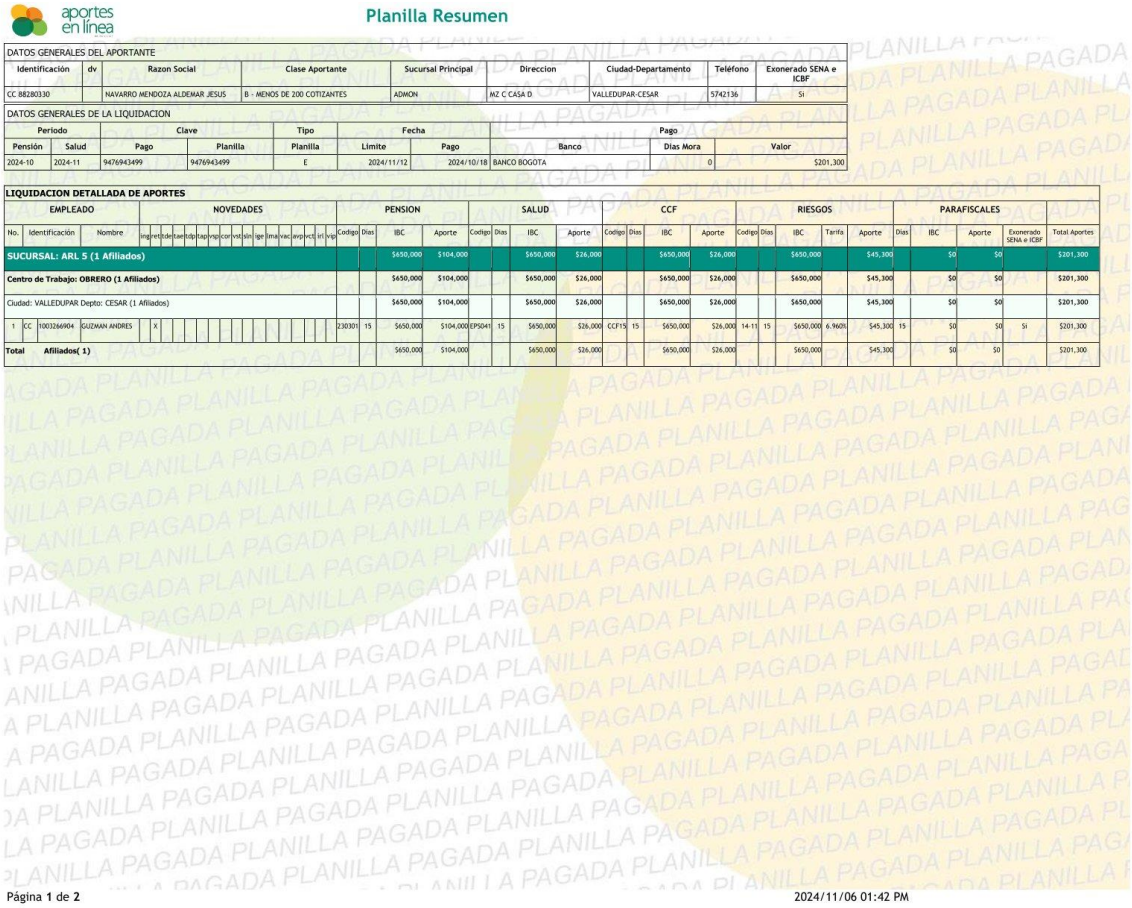
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	9476943499	9476943499	E	2024/11/12	2024/10/18	BANCO BOGOTA	0	$201,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$104,000	$0	$0	$104,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$104,000	$0	$0	$104,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,300	$0	$0	$45,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$45,300	$0	$0	$45,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$26,000	$0	$0	$26,000
TOTAL				1	$201,300	$0	$0	$201,300

2024/11/06 01:42 PM



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 88280330		NAVARRO MENDOZA ALDEMAR JESUS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMON	MZ C CASA D	VALLEDUPAR-CESAR	5742136	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	9476943499	9476943499	E	2024/11/12	2024/10/18	BANCO BOGOTA	0	$201,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES												PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ARL S (1 Afiliados)																						$650,000	$104,000			$650,000	$26,000			$650,000		$45,300		$0	$0		$201,300
Centro de Trabajo: OBRERO (1 Afiliados)																						$650,000	$104,000			$650,000	$26,000			$650,000		$45,300		$0	$0		$201,300
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)																						$650,000	$104,000			$650,000	$26,000			$650,000		$45,300		$0	$0		$201,300
1	CC	1003266904	GUZMAN ANDRES				X													230301	15	$650,000	$104,000	EPS041	15	$650,000	$26,000	CCF15	15	$650,000	6.960%	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
Total		**Afiliados(1)**																				$650,000	$104,000			$650,000	$26,000			$650,000		$45,300		$0	$0		$201,300

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
COMFACESAR	CCF15	892399989	8	3	156.000	0	0	0	156.000
Gran Total					1.105.800	0	0	0	1.105.800

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901356884	1	JS INGENIERIA DE, CESAR SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	4322	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
20-1	CR 4 35 14 LC 1		5740459		JDSEGRERAC@GMAIL.COM			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
2024-10	2024-11	31627894	E	2024-11-21	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.105.800	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
3	31627894	2024-11-22	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	VST	SLN	IGE	LMA	VAC - LR	AVP	VCT	IRL	EPS?	AFP?	AFP	EPS	ARL	NOMBRE	IBC	Cot.	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1065506106	SEGUERA CANTILLO JASSIN DAVID	1.300.000	F																0		30	30	30	PORVENIR-23030	1.300.000	208.000	0		SALUD 0TOTAL-EPS002	1.300.000	52.800	COMFACESA R-CCF15	1.300.000	52.800	1.300.000	56.600	0,04358	0	0	0	0	0,01	0		368.600	S	3421002
2	CC 1065827783	OCHOA CERVANTES JAIRO ENRIQUE	1.300.000	F																0		30	30	30	PORVENIR-23030	1.300.000	208.000	0		SALUD 0TOTAL-EPS002	1.300.000	52.800	COMFACESA R-CCF15	1.300.000	52.800	1.300.000	56.600	0,04358	0	0	0	0	0,01	0		368.600	S	3421002
3	CC 1065827795	VILLABRAL SILVERA MARLON RAFAEL	1.300.000	F																0		30	30	30	PORVENIR-23030	1.300.000	208.000	0		SALUD 0TOTAL-EPS002	1.300.000	52.800	COMFACESA R-CCF15	1.300.000	52.800	1.300.000	56.600	0,04358	0	0	0	0	0,01	0		368.600	S	3421002

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901356884	1	JS INGENIERIA DE, CESAR SAS	B	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	4322	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
20-1	CR 4 35 14 LC 1		5740459		JDSEGRERAC@GMAIL.COM			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
2024-10	2024-11	31627894	E	2024-11-21	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.105.800	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
3	31627894	2024-11-22	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
3.900.000	3.900.000	3.900.000	3.900.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				3	624.000	0	0	0	624.000
PORVENIR	230301	800224808	8	3	624.000	0	0	0	624.000
EPS(Administradoras: 1)				3	156.000	0	0	0	156.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	3	156.000	0	0	0	156.000
ARP(Administradoras: 1)				3	169.800	0	0	0	169.800
POSITIVA	14-23	860011153	6	3	169.800	0	0	0	169.800
CCF(Administradoras: 1)				3	156.000	0	0	0	156.000

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 02:34:54 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068056176

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822623588

PAGADO 14/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN JOSE ACERO GONZALEZ		
Documento	CC1057608163	**Dirección**	CR 12E #46 C - 48
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2568966
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	VALLEDUPAR	**Departamento**	CESAR
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**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	IGE	RET. F	TDE	TAE	TDP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	IRP	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 1057608163	JUAN JOSE ACERO GONZALEZ	57	00	X													0	0	0	23(0301) PORVENIR	$ 563.334	$ 90.200	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 563.334	$ 70.500	6,960	$ 563.334	$ 39.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000

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
$ 563.334	$ 563.334	$ 563.334	$ 0	$ 90.200	$ 70.500	$ 39.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 200.000

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.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 02:36:34 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068027545

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822620992

PAGADO 14/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAVID SANTIAGO VEGA QUEVEDO		
Documento	CC1057577429	**Dirección**	CR 12 #46 A - 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2563985
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	VALLEDUPAR	**Departamento**	CESAR
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	ING RET F TDE TAE TDP VSP COR SLN IGE LMA VAC AVP VCT Dias EPS Dias ARP Dias 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 1057577429	DAVID SANTIAGO VEGA QUEVEDO	57	00	X	(25-14) COLPENSIONES	$ 520.000	$ 83.200	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 520.000	$ 65.000	6,960	$ 520.000	$ 36.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.400

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
$ 520.000	$ 520.000	$ 520.000	$ 0	$ 83.200	$ 65.000	$ 36.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.400	$ 400	$ 184.800

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.

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 900575225
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPERATIVOS DEL CESAR SAS
CIIU/ACTIVIDAD ECONÓMICA: CESAS
DIRECCIÓN: VALLEDUPAR DEPARTAMENTO: 5748444
TIPO APORTANTE: CRA 7 N 39 A - 101 TELÉFONO: 3
TIPO EMPRESA: 3=EMPLEADOR CLASE APORTANTE: D APORTANTE BENEFICIARIO DE LA LEY 1429
FORMA DE PRESENTACIÓN: PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Fabricación de otros productos minerales no metál
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): UNICO SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

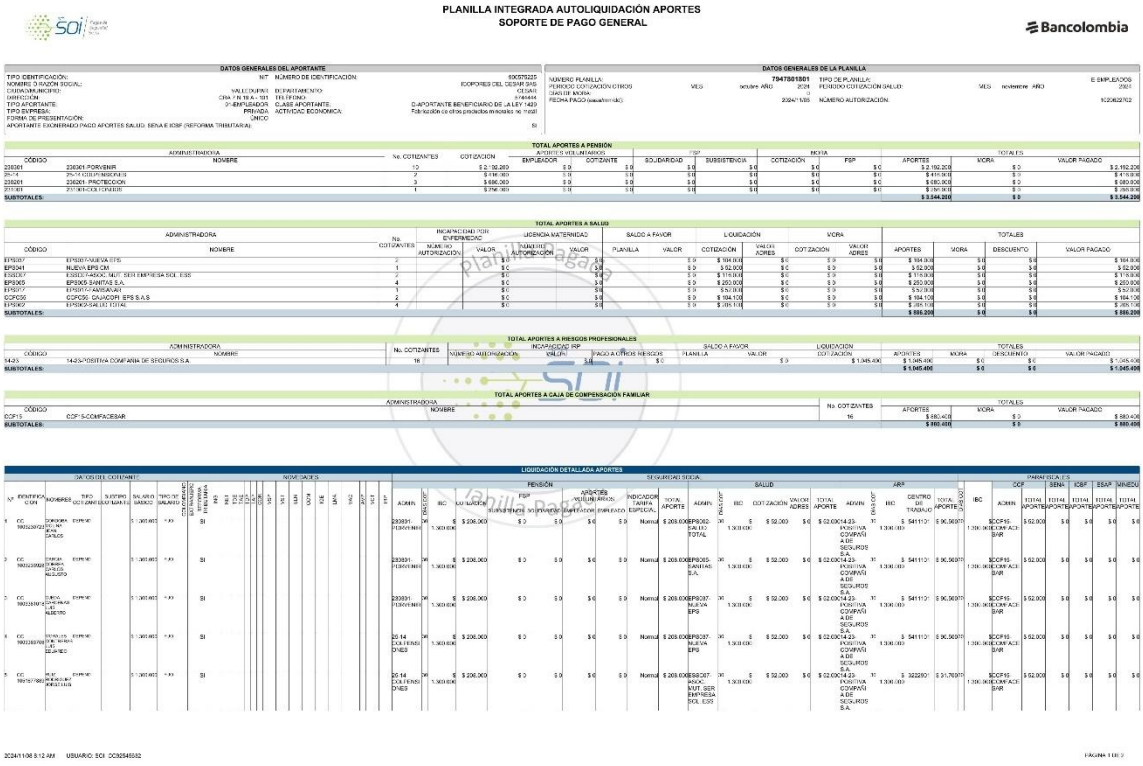
NÚMERO PLANILLA: 75478818 TIPO DE PLANILLA: E EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES octubre AÑO 2024 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES noviembre AÑO 2024
FECHA DE MORA: 2024/11/05 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9220823702
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO NO COTIZANTE	COLOMBIANO EN EXTERIOR	NOVEDADES	PENSIÓN							SEGURIDAD SOCIAL	SALUD					ARP				PARAFISCALES					
										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	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	CÓDIGO	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
2	CC 1065544474	MARIANA PONCE ALLEC ALBERTO	EMPRE		$ 1.300.000	X			SI										$ 48.600	CCFC05 CAJACOPI EPS S.A.S	7	$ 303.334	$ 12.200	$ 0	$ 12.200						$ 303.334	322201	$ 0	$ 12.200	CCF 15 COMFACESAR	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1065544474	MARIANA PONCE ALLEC ALBERTO	EMPRE		$ 1.300.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO	23	$ 969.667	$ 155.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 103.600	CCFC05 CAJACOPI EPS S.A.S	23	$ 909.667	$ 39.000	$ 0	$ 39.000	23-Apr-23	23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 24.367	71	$ 696.667	$ 696.667	CCF 15 COMFACESAR	$ 93.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1065553961	MERARIA ISABEL SUAREZ RACHEL	EMPRE		$ 1.300.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO DV	30	$ 1.300.000	$ 264.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 264.000	EPS265 SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 66.000	$ 0	$ 66.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 46.267	71	$ 1.696.000	$ 1.696.000	CCF 15 COMFACESAR	$ 66.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1065573962	CASTILLA MARTINEZ RACHEL NATHALI	EMPRE		$ 1.300.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO DV	30	$ 1.300.000	$ 206.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 206.000	CCFC05 CAJACOPI EPS S.A.S	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 36.267	71	$ 1.300.000	$ 1.300.000	CCF 15 COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1065548852	SIERRA NAVARRO ALFONSO NATHAN	EMPRE		$ 2.600.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO	30	$ 2.600.000	$ 326.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 323.600	EPS265 SANITAS S.A.	30	$ 2.600.000	$ 96.000	$ 0	$ 96.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 46.267	71	$ 2.600.000	$ 2.600.000	CCF 15 COMFACESAR	$ 93.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
11	CC 1065522854	ROCHA GARCIA PAOLA	EMPRE		$ 1.300.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO	30	$ 969.667	$ 136.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 135.700	EPS262 SALUD TOTAL	30	$ 969.667	$ 34.700	$ 0	$ 34.700	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 66.267	71	$ 696.667	$ 696.667	CCF 15 COMFACESAR	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1065522854	ROCHA GARCIA PAOLA	EMPRE		$ 1.300.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO	30	$ 433.334	$ 66.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 63.400	EPS262 SALUD TOTAL	10	$ 433.334	$ 17.400	$ 0	$ 17.400	23-Apr-23	10	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 541.112	71	$ 433.334	$ 433.334	CCF 15 COMFACESAR	$ 11.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 1065533973	HORMIGON MERCADO JOSE DAVID	EMPRE		$ 1.300.000	X			SI	230301 - COLFONDOS	30	$ 1.300.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 255.000	EPS037 SANITAS MOV. MUT. SER EMPRESA SOL. EOS	30	$ 1.300.000	$ 54.000	$ 0	$ 54.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 64.000	71	$ 1.300.000	$ 541.112	$ 111.400	CCF 15 COMFACESAR	$ 64.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 1065550880	SUAREZ ORTIZ LUIS	EMPRE		$ 1.300.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO DV	30	$ 1.300.000	$ 206.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 206.000	EPS262 SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 36.267	71	$ 1.300.000	$ 1.300.000	CCF 15 COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 1065548852	SIERRA NAVARRO ALFONSO NATHAN	EMPRE		$ 2.600.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO DV	30	$ 2.600.000	$ 206.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 206.000	EPS037 SANITAS MOV. MUT. SER EMPRESA SOL. EOS	30	$ 2.600.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 36.267	71	$ 2.600.000	$ 2.600.000	CCF 15 COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 1065548852	SIERRA NAVARRO ALFONSO NATHAN	EMPRE		$ 2.600.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO DV	30	$ 2.600.000	$ 206.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 206.000	EPS037 SANITAS MOV. MUT. SER EMPRESA SOL. EOS	30	$ 2.600.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 36.267	71	$ 2.600.000	$ 2.600.000	CCF 15 COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 1065548852	SIERRA NAVARRO ALFONSO NATHAN	EMPRE		$ 2.600.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO DV	30	$ 2.600.000	$ 206.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 206.000	EPS037 SANITAS MOV. MUT. SER EMPRESA SOL. EOS	30	$ 2.600.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 36.267	71	$ 2.600.000	$ 2.600.000	CCF 15 COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 1065548852	SIERRA NAVARRO ALFONSO NATHAN	EMPRE		$ 2.600.000	X			SI	230301 - FIDEICOMISO DV	30	$ 2.600.000	$ 206.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 206.000	EPS037 SANITAS MOV. MUT. SER EMPRESA SOL. EOS	30	$ 2.600.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	23-Apr-23	30	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	$ 36.267	71	$ 2.600.000	$ 2.600.000	CCF 15 COMFACESAR	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 6.356.200**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830575225
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ECOPORTES DEL CESAR SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CRA 7 N 16 A - 101	TELÉFONO:	5748444
TIPO APORTANTE:	3-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	D-APORTANTE BENEFICIARIO DE LA LEY 1429
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Fabricación de otros productos minerales no metál
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7947881881	TIPO DE PLANILLA:	E EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN CITROS	MES	octubre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2024
DIAS DE MORA			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9220627762

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS	FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201-PORVENIR	10	$ 2.192.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.192.200	$ 0	$ 2.192.200
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 176.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 176.900	$ 0	$ 176.900
230201	230201- PROTECCION	3	$ 680.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 680.000	$ 0	$ 680.000
230101	230101-COLFONDOS	1	$ 296.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 296.900	$ 0	$ 296.900
SUBTOTALES:										$ 3.344.200	$ 0	$ 3.344.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAC		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ACRES	COTIZACIÓN	VALOR ACRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 184.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.000	$ 0	$ 0	$ 184.000
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.000	$ 0	$ 0	$ 92.000
ESS027	ESS027-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 174.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 174.000	$ 0	$ 0	$ 174.000
EPS005	EPS005 SANITAS S.A.	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 253.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 253.000	$ 0	$ 0	$ 253.000
EPS017	EPS017-SANITASCAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000
CCFC50	CCFC50 -CAJACOPI EPS S.A.S	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 184.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.100	$ 0	$ 0	$ 184.100
EPS040	EPS040-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 385.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 385.100	$ 0	$ 0	$ 385.100
SUBTOTALES:													$ 886.200	$ 0	$ 0	$ 886.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
1423	1423-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16		$ 0	$ 0			$ 1.345.400		$ 1.345.400	$ 0	$ 0	$ 1.345.400
SUBTOTALES:										$ 1.345.400	$ 0	$ 0	$ 1.345.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF15	CCF15-COMFACESAR	16	$ 680.400	$ 0	$ 680.400
SUBTOTALES:			$ 680.400	$ 0	$ 680.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | |

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

PAG 1 de 1

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	901765933	CONSORCIO EDIFICACIONES ARL		Carrera 7a con calle 36	7617188	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
S	A	PRINCIPAL	PPAL	CESAR	VALLEDUPAR	

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
11	2024	10	2024	E	21 11 2024	81937093	Si	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS					11				NIT EMPRESA CONVENIO							Todos													
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
1	CC 1003197118	MARTINEZ ORTIZ LUIS JAVIER	1	0			Si	001	20	X															30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF15
2	CC 1003590016	GALLEGO PEREZ MARCO ANTONIO	1	0			Si	001	20																30	30	30	30	ESSC07	230301	14-25	CCF15
3	CC 1007588857	MURGAS PINEDO LUISA MARIA	1	0			Si	001	20																30	30	30	30	EPS002	25-14	14-25	CCF15
4	CC 1065579197	ARDILA PAYARES JORGE MARIO	1	0			Si	001	20	X							X								30	30	30	30	EPSIC1	230201	14-25	CCF15
5	CC 1065607129	AÑEZ REALES ESTHER KARINA	1	0			Si	001	20																30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF15
6	CC 1065665639	MEJIA ROSALES LUIS ANGEL	1	0			Si	001	20	X															30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF15
7	CC 10779281	ANAYA CALDERIN ERICK JOHN	1	0			Si	001	20																30	30	30	30	EPS037	230201	14-25	CCF15
8	CC 12646841	ACEVEDO ROMERO LUIS GABRIEL	1	0			Si	001	20																30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF15
9	CC 22478918	CERVANTES MENDOZA PIEDAD DE LA [illegible]	1	0			Si	001	20																30	30	30	30	EPS005	230301	14-25	CCF15
10	CC 40960020	SALCEDO VALDEBLANQUEZ [illegible]	1	0			Si	001	20																30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF15
11	CC 77029612	ANAYA BARRANCO JAVIER DE JESUS	1	0			Si	001	20																30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF15

PAGADO

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	901765933	CONSORCIO EDIFICACIONES ARL	Carrera 7a con calle 36	7617188	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
S	A	PPT	01	CESAR	VALLEDUPAR

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
11	2024	10	2024	E	26 11 2024	82046793	Si	No

CENTRO DE TRABAJO		Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS				1				NIT EMPRESA CONVENIO							Todos														
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
1	PT 1795131	MORENO PALENCIA RIGOBERTO SEGUNDO	1	0			No	001	20	X															30	30	30	30	EPS037	230301	14-25	CCF15

PAGADO

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79386902		GARZON ROJAS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 131A 57 41 A206 IBERIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5221098	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1047469483	9477264007	I	2024/12/03	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,026,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$576,000	$0	$0	$576,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$576,000	$0	$0	$576,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$450,000	$0	$0	$450,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$450,000	$0	$0	$450,000
TOTAL				1	$1,026,000	$0	$0	$1,026,000

2024/11/13 03:43 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79386902		GARZON ROJAS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 131A 57 41 AZ06 IBERIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5221098	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1047469483	9477264007	I	2024/12/03	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,026,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC 79386902	GARZON JUAN	25-14	30	$3,600,000	$576,000	EPS005	30	$3,600,000	$450,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2024/11/13 03:43 PM

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	901765933	CONSORCIO EDIFICACIONES ARL		Carrera 7a con calle 36	7617188	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
U	A	PRINCIPAL	PPAL	CESAR	VALLEDUPAR

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
10	2024	10	2024	Y	26 11 2024	82031416	Si	No

CENTRO DE TRABAJO		Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS					1				NIT EMPRESA CONVENIO								Todos														
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUS	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
1	CC 79386902	GARZON ROJAS JUAN CARLOS	59	0			No	001	20	X															0	30	0			14-25	

PAGADO

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

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 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-10	2024-10	1047600879	9477267513	Y	2024/11/20	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$190,200	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VALLEDUPAR (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
Centro de Trabajo: DEFENSORIA (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
1	CC	80873097	FUENTES WILLIAM																			0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
2	PT	5977350	GONZALEZ CHRISTIAN		X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	1	$43,334	6.960%	$3,100	0	$0	$0	No	$3,100
3	CC	1065660067	PEREZ JOHAN	X	X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	0	$0	$0	No	$6,100
4	CC	77194471	QUIROZ JOSE																			0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
Total	**Afiliados(4)**																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1047600879	9477267513	Y	2024/11/20	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$190,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$190,200	$0	$0	$190,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$190,200	$0	$0	$190,200
TOTAL				4	$190,200	$0	$0	$190,200

2024/11/21 04:08 PM

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 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1047590906	9477267292	E	2024/11/20	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$3,454,200

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	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VALLEDUPAR (7 Afiliados)																								$11,155,334	$1,785,000			$11,155,334	$446,300			$11,155,334	$446,300			$11,155,334		$776,600		$0	$0		$3,454,200
Centro de Trabajo: DEFENSORIA (7 Afiliados)																								$11,155,334	$1,785,000			$11,155,334	$446,300			$11,155,334	$446,300			$11,155,334		$776,600		$0	$0		$3,454,200
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (7 Afiliados)																								$11,155,334	$1,785,000			$11,155,334	$446,300			$11,155,334	$446,300			$11,155,334		$776,600		$0	$0		$3,454,200
1	CC	77030431	CASTILLA JORGE																			23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$52,000	CCF15	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
2	CC	1064119004	CORTINA OTONIEL																			23030 1	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	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
3	CC	1120754628	FERNANDEZ RICARDO																			23030 1	30	$1,632,000	$261,200	EPS037	30	$1,632,000	$65,300	CCF15	30	$1,632,000	$65,300	14-11	30	$1,632,000	6.960%	$113,600	30	$0	$0	SI	$505,400
4	CC	77191361	JIMENEZ OSWALDO	X	X																	23030 1	19	$823,334	$131,800	EPS002	19	$823,334	$33,000	CCF15	19	$823,334	$33,000	14-11	19	$823,334	6.960%	$57,400	19	$0	$0	SI	$255,200
5	CC	77096933	MEJIA JORGE																			23030 1	30	$3,500,000	$560,000	EPS002	30	$3,500,000	$140,000	CCF15	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	6.960%	$243,600	30	$0	$0	SI	$1,083,600
6	CC	15172309	PULGAR JORGE	X																		23030 1	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	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
7	CC	77018776	VASQUEZ GENECO	X																		23030 1	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	6.960%	$90,500	30	$0	$0	SI	$402,500
Total	**Afiliados(7)**																							$11,155,334	$1,785,000			$11,155,334	$446,300			$11,155,334	$446,300			$11,155,334		$776,600		$0	$0		$3,454,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1047590906	9477267292	E	2024/11/20	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$3,454,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$1,785,000	$0	$0	$1,785,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	7	$1,785,000	$0	$0	$1,785,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$776,600	$0	$0	$776,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$776,600	$0	$0	$776,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$446,300	$0	$0	$446,300
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	7	$446,300	$0	$0	$446,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$446,300	$0	$0	$446,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$65,300	$0	$0	$65,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	$329,000	$0	$0	$329,000
TOTAL				7	$3,454,200	$0	$0	$3,454,200

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 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1073602127	9477843030	Y	2024/11/20	2024/11/25	BANCOLOMBIA	5	$181,700

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	vi	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VALLEDUPAR (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,600,000		$181,000		$0	$0		$181,000
Centro de Trabajo: DEFENSORIA (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,600,000		$181,000		$0	$0		$181,000
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (2 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,600,000		$181,000		$0	$0		$181,000
1	CC	1065600407	PEREA HARLAN	R																0		$0	$0	0		$0	$0			$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
2	CC	1065852363	VIÑA JORGE	R																0		$0	$0	0		$0	$0			$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
Total	**Afiliados(2)**																					$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,600,000		$181,000		$0	$0		$181,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1073602127	9477843030	Y	2024/11/20	2024/11/25	BANCOLOMBIA	5	$181,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$181,000	$700	$0	$181,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$181,000	$700	$0	$181,700
TOTAL				2	$181,000	$700	$0	$181,700

2024/11/25 09:36 AM

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 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-10	2024-10	1047600879	9477267513	Y	2024/11/20	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$190,200	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: VALLEDUPAR (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
Centro de Trabajo: DEFENSORIA (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (4 Afiliados)																								$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200
1	CC	80873097	FUENTES WILLIAM																			0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
2	PT	5977350	GONZALEZ CHRISTIAN		X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	1	$43,334	6.960%	$3,100	0	$0	$0	No	$3,100
3	CC	1065660067	PEREZ JOHAN	X	X																	0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	0	$0	$0	No	$6,100
4	CC	77194471	QUIROZ JOSE																			0		$0	$0	0		$0	$0	0		$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$90,500
Total	**Afiliados(4)**																							$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,730,001		$190,200		$0	$0		$190,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901076874	5	CARIBIC INGENIERIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CL 77 B 57 141 OF 308	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3851457	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1047600879	9477267513	Y	2024/11/20	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$190,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$190,200	$0	$0	$190,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$190,200	$0	$0	$190,200
TOTAL				4	$190,200	$0	$0	$190,200

2024/11/21 04:08 PM

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 901206180	1	CABANA CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	TV 19 D 19 06	VALLEDUPAR-CESAR	5808080	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1052570148	9477335607	E	2024/11/21	2024/11/15	BANCOLOMBIA	0	$8,147,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				30	$4,267,100	$0	$0	$4,267,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	7	$1,125,300	$0	$0	$1,125,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$950,100	$0	$0	$950,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	14	$1,997,500	$0	$0	$1,997,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$194,200	$0	$0	$194,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				30	$1,804,800	$0	$0	$1,804,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	30	$1,804,800	$0	$0	$1,804,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				30	$1,037,600	$0	$0	$1,037,600
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	30	$1,037,600	$0	$0	$1,037,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				30	$1,037,600	$0	$0	$1,037,600
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	3	$149,200	$0	$0	$149,200
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	4	$114,600	$0	$0	$114,600
DUSAKAWI	EPSIC1	824,001,398	1	2	$102,300	$0	$0	$102,300
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	2	$19,200	$0	$0	$19,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	3	$59,100	$0	$0	$59,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	7	$234,200	$0	$0	$234,200
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$31,200	$0	$0	$31,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$123,200	$0	$0	$123,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$152,600	$0	$0	$152,600
TOTAL				30	$8,147,100	$0	$0	$8,147,100

aportes en línea

Planilla Resumen

| | | |

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 901206180	1	CABANA CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	TV 19 D 19 06	VALLEDUPAR-CESAR	5808080	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1052570148	9477335607	E	2024/11/21	2024/11/15	BANCOLOMBIA	0	$8,147,100

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	vlr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: DEFENSORIA (30 Afiliados)																						$26,910,012	$4,267,100			$26,910,012	$1,037,600			$26,910,012	$1,037,600			$26,910,012		$1,804,800		$0	$0		$8,147,100

2024/11/22 09:04 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901077708	5	ARQUIENERGIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CALLE 49 N 9 95 VILLA DEL RIO	MONTERIA-CORDOBA	3332842928	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1028142117	9476735034	E	2024/11/06	2024/11/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$6,240,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$3,397,600	$0	$0	$3,397,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$527,000	$0	$0	$527,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$485,400	$0	$0	$485,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$2,177,200	$0	$0	$2,177,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,143,500	$0	$0	$1,143,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	19	$1,143,500	$0	$0	$1,143,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				19	$849,600	$0	$0	$849,600
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	3	$52,200	$0	$0	$52,200
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	16	$797,400	$0	$0	$797,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				19	$849,600	$0	$0	$849,600
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$41,600	$0	$0	$41,600
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$17,400	$0	$0	$17,400
DUSAKAWI	EPSIC1	824,001,398	1	1	$17,400	$0	$0	$17,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$52,000	$0	$0	$52,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$52,000	$0	$0	$52,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$208,000	$0	$0	$208,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$52,000	$0	$0	$52,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	7	$329,400	$0	$0	$329,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$79,800	$0	$0	$79,800
TOTAL				19	$6,240,300	$0	$0	$6,240,300

2024/11/05 09:11 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901077708	5	ARQUIENERGIA SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	Principal	CALLE 49 N 9 95 VILLA DEL RIO	MONTERIA-CORDOBA	3332842928	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-11	1028142117	9476735034	E	2024/11/06	2024/11/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$6,240,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

	EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (16 Afiliados)						$19,933,334	$3,189,400			$19,933,334	$797,400			$19,933,334	$797,400			$19,933,334	$1,052,900		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (4 Afiliados)						$5,200,000	$832,000			$5,200,000	$208,000			$5,200,000	$208,000			$5,200,000	$27,200		$0	$0
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (4 Afiliados)						$5,200,000	$832,000			$5,200,000	$208,000			$5,200,000	$208,000			$5,200,000	$27,200		$0	$0
1	CC	1193459607	CABRERA AURELYS	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
2	CC	1067895843	MARTINEZ NUBIA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
3	CC	1062957210	NAVARRO LUIS	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
4	CC	1003159046	RUIZ CARLOS	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$6,800	30	$0	$0
Centro de Trabajo: OPERATIVA (12 Afiliados)						$14,733,334	$2,357,400			$14,733,334	$589,400			$14,733,334	$589,400			$14,733,334	$1,025,700		$0	$0
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (12 Afiliados)						$14,733,334	$2,357,400			$14,733,334	$589,400			$14,733,334	$589,400			$14,733,334	$1,025,700		$0	$0
5	CC	78749648	BERNAL ALVARO	231001	16	$693,334	$111,000	EPS005	16	$693,334	$27,800	CCF16	16	$693,334	$27,800	14-25	16	$693,334	$48,300	16	$0	$0
6	CC	78673515	CASTILLO JAVIER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
7	CC	1067908669	LOPEZ JOSE	230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
8	CC	1067723458	MACEA JESUS	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
9	CC	77185579	MARTINEZ JHONYS	230301	24	$1,040,000	$166,400	CCFC55	24	$1,040,000	$41,600	CCF16	24	$1,040,000	$41,600	14-25	24	$1,040,000	$72,400	24	$0	$0
10	CC	1067937323	MENDOZA GABRIEL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
11	CC	1065627680	PADILLA ALEXANDER	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
12	CC	1192920008	PADILLA KATHERIN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
13	CC	1067873974	POLO JOSE	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
14	CC	11153698	REYES GUILLERMO	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
15	CC	78674403	RUIZ CARLOS	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
16	CC	1066172172	VERGARA HERNANDO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-25	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0
	EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: VALLEDUPAR (3 Afiliados)						$1,300,002	$208,200			$1,300,002	$52,200			$1,300,002	$52,200			$1,300,002	$90,600		$0	$0
Centro de Trabajo: OPERATIVA (3 Afiliados)						$1,300,002	$208,200			$1,300,002	$52,200			$1,300,002	$52,200			$1,300,002	$90,600		$0	$0
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (3 Afiliados)						$1,300,002	$208,200			$1,300,002	$52,200			$1,300,002	$52,200			$1,300,002	$90,600		$0	$0
17	CC	1003230648	CONTRERAS JERLIS	25-14	10	$433,334	$69,400	EPSIC1	10	$433,334	$17,400	CCF15	10	$433,334	$17,400	14-25	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0
18	CC	1062405187	LERMA LUIS	230301	10	$433,334	$69,400	ESSC24	10	$433,334	$17,400	CCF15	10	$433,334	$17,400	14-25	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0
19	CC	1065986220	MOLINA JHOJANDER	230301	10	$433,334	$69,400	EPS002	10	$433,334	$17,400	CCF15	10	$433,334	$17,400	14-25	10	$433,334	$30,200	10	$0	$0
Total			**Afiliados(19)**			$21,233,336	$3,397,600			$21,233,336	$849,600			$21,233,336	$849,600			$21,233,336	$1,143,500		$0	$0

2024/11/05 09:11 AM

ANEXO 12

91295669- FERNANDO SILVA SUAREZ

Dr. Edgard Bonett
Médico Especialista en Salud Ocupacional
NIT: 90133593-6
Cel: 311 556 4304 - Email: drbonett@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	11 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, 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
TUBERTEC SILVA S.A.S	TUBERTEC SILVA S.A.S

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	
SILVA SUAREZ FERNANDO	MASCULINO	52 años, 4 meses y 2 días.	Tipo: CC	Número: 91295669

Cargo
PLOMERO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL - EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	EXAMENES LABORATORIO - AUDIOMETRIA- OPTOMETRIA ✓

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO PARA LA LABOR ASIGNADA - ESTILOS DE VIDA SALUDABLE - SEGUIR LOS LINEAMIENTOS DEL SGSST

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: DR. EDGAR BONETT S. Médico Especialista en Salud Ocupacional R.M. 001466 / L.S. 3616	Firma:
Nombre: BONETT EDGARD	Nombre: FERNANDO SILVA SUAREZ
R. M.: 001466 L.S.O.: 036 8	CC: 91295669