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 900700630	9	INSTALACIONES Y MANTENIMIENTOS JB S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COLMENA	CARRERA 22 58SUR 26 CA 111	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7897307	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	835662038	9471210399	E	2024/08/09	2024/08/12	BANCOLOMBIA	3	$5,311,700

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: COLMENA (29 Afiliados)																						$15,123,341	$2,420,500			$15,123,341	$605,700			$15,123,341	$605,700			$15,123,341		$1,054,100		$0	$0		$4,686,000

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: OPERATIVO (29 Afiliados)																							$15,123,341	$2,420,500			$15,123,341	$605,700			$15,123,341	$605,700			$15,123,341		$1,054,100		$0	$0		$4,686,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (29 Afiliados)																							$15,123,341	$2,420,500			$15,123,341	$605,700			$15,123,341	$605,700			$15,123,341		$1,054,100		$0	$0		$4,686,000
1	CC	94442799	ASPRILLA MORENO ALEX JHOANY	X	X																230201	23	$996,667	$159,500	EPSC34	23	$996,667	$39,900	CCF24	23	$996,667	$39,900	14-11	23	$996,667	6.960%	$69,400	23	$0	$0	Si	$308,700
2	CC	16506716	ASPRILLA MORENO HENRRY	X	X																230301	2	$86,667	$13,900	EPS002	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
3	CC	1065379249	BITTAR CAVADIA YAIR SAID	X																	230201	5	$216,667	$34,700	EPS041	5	$216,667	$8,700	CCF24	5	$216,667	$8,700	14-11	5	$216,667	6.960%	$15,100	5	$0	$0	Si	$67,200
4	CC	79542413	BUSTOS CRUZ JULIO ENRIQUE																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
5	CC	1033120481	CASSIANI CUETO LUIS ANGEL		X																230301	20	$866,667	$138,700	EPS017	20	$866,667	$34,700	CCF24	20	$866,667	$34,700	14-11	20	$866,667	6.960%	$60,400	20	$0	$0	Si	$268,500
6	CC	1024506157	CORTES ACERO JOHAN MAURICIO		X																231001	15	$650,000	$104,000	EPS005	15	$650,000	$26,000	CCF24	15	$650,000	$26,000	14-11	15	$650,000	6.960%	$45,300	15	$0	$0	Si	$201,300
7	CC	79964270	CUERVO JAVIER ANTONIO	X	X																230301	2	$86,667	$13,900	EPS008	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
8	CC	14270721	DIAZ PEREZ RAMIRO																		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
9	CC	7377634	DURANGO MERCADO JAMER LUIS	X	X																231001	8	$346,667	$55,500	EPS002	8	$346,667	$13,900	CCF24	8	$346,667	$13,900	14-11	8	$346,667	6.960%	$24,200	8	$0	$0	Si	$107,500
10	CC	1000572519	ESPITIA HERNANDEZ ERICK JULIHAN	X	X																230301	11	$476,667	$76,300	EPS017	11	$476,667	$19,100	CCF24	11	$476,667	$19,100	14-11	11	$476,667	6.960%	$33,200	11	$0	$0	Si	$147,700
11	CC	1085166501	FLORIAN MARTINEZ ALFONSO	X	X																230301	9	$390,000	$62,400	EPS002	9	$390,000	$15,600	CCF24	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$390,000	6.960%	$27,200	9	$0	$0	Si	$120,800
12	CC	1085180859	FLORIAN CADENA ANDRES FELIPE	X	X																230301	1	$43,334	$7,000	EPS017	1	$43,334	$1,800	CCF24	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	6.960%	$3,100	1	$0	$0	Si	$13,700
13	CC	15988869	GARCIA LAMPREA JOHON FREDY	X	X																230301	7	$303,334	$48,600	EPS005	7	$303,334	$12,200	CCF24	7	$303,334	$12,200	14-11	7	$303,334	6.960%	$21,200	7	$0	$0	Si	$94,200
14	CC	1013651438	GIRALDO FONSECA JORGE ARMANDO		X																230301	2	$86,667	$13,900	EPSC34	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
15	CC	11349096	GOMEZ ALFONSO RAMIRO	X	X																25-14	1	$43,334	$7,000	EPS017	1	$43,334	$1,800	CCF24	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	6.960%	$3,100	1	$0	$0	Si	$13,700
16	CC	1010175127	ISAZA LOPEZ JHON HENRY																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
17	CC	79210036	LOPEZ MORENO JOHN ALFREDO	X	X																230301	2	$86,667	$13,900	EPS005	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
18	CC	1004505978	MARTINEZ MARTINEZ ANDRES FELIPE	X	X																230301	8	$346,667	$55,500	EPS002	8	$346,667	$13,900	CCF24	8	$346,667	$13,900	14-11	8	$346,667	6.960%	$24,200	8	$0	$0	Si	$107,500
19	CC	15705342	MESTRA PEREIRA DEIVIS ANTONIO																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
20	CC	18391967	OLIVERO RODRIGUEZ JOSE ARNULFO	X	X																230201	9	$390,000	$62,400	EPS037	9	$390,000	$15,600	CCF24	9	$390,000	$15,600	14-11	9	$390,000	6.960%	$27,200	9	$0	$0	Si	$120,800
21	CC	1013670351	PEÑUELA BELTRAN ANGY DANIELA																		231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
22	CC	79238430	QUIJANO SALAMANCA JOSE RAMON	X	X																25-14	12	$520,000	$83,200	EPS002	12	$520,000	$20,800	CCF24	12	$520,000	$20,800	14-11	12	$520,000	6.960%	$36,200	12	$0	$0	Si	$161,000
23	CC	1085167687	RAMOS FLORIAN ALEXI	X	X																230301	2	$86,667	$13,900	EPS017	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
24	CC	79392250	RODRIGUEZ CARDENAS OSCAR		X																25-14	20	$866,667	$138,700	EPS037	20	$866,667	$34,700	CCF24	20	$866,667	$34,700	14-11	20	$866,667	6.960%	$60,400	20	$0	$0	Si	$268,500
25	CC	80026218	ROJAS JESUS ANTONIO	X	X																230301	2	$86,667	$13,900	EPS017	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
26	CC	5855500	ROMERO CACAIS NELSON	X	X																230201	1	$43,334	$7,000	EPSIC6	1	$43,334	$1,800	CCF24	1	$43,334	$1,800	14-11	1	$43,334	6.960%	$3,100	1	$0	$0	Si	$13,700
27	CC	1012436165	SALAZAR TRIANA ROBERTO JOSE	X	X																230301	2	$86,667	$13,900	EPS017	2	$86,667	$3,500	CCF24	2	$86,667	$3,500	14-11	2	$86,667	6.960%	$6,100	2	$0	$0	Si	$27,000
28	CC	1007302170	TORO ARCILA ONILMER																		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$52,000	CCF24	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
29	CC	1144029674	TORRES CASTRO HARISON	X	X																230301	5	$216,667	$34,700	EPS002	5	$216,667	$8,700	CCF24	5	$216,667	$8,700	14-11	5	$216,667	6.960%	$15,100	5	$0	$0	Si	$67,200

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: ADMINISTRATIVA (1 Afiliados)																							$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$100,000			$2,500,000	$100,000			$2,500,000		$13,100		$0	$0		$613,100
Centro de Trabajo: PARTE ADMINISTRATIVA (1 Afiliados)																							$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$100,000			$2,500,000	$100,000			$2,500,000		$13,100		$0	$0		$613,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$2,500,000	$400,000			$2,500,000	$100,000			$2,500,000	$100,000			$2,500,000		$13,100		$0	$0		$613,100
30	CC	52431571	BELTRAN CASTILLO ANA CRISTINA																		25-14	30	$2,500,000	$400,000	EPS008	30	$2,500,000	$100,000	CCF24	30	$2,500,000	$100,000	14-11	30	$2,500,000	0.522%	$13,100	30	$0	$0	Si	$613,100

aportes en línea

Planilla Resumen

Total Afiliados(30)		$17,623,341	$2,820,500		$17,623,341	$705,700		$17,623,341	$705,700		$17,623,341		$1,067,200		$0	$0		$5,299,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900700630	9	INSTALACIONES Y MANTENIMIENTOS JB S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COLMENA	CARRERA 22 58SUR 26 CA 111	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7897307	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-08	835662038	9471210399	E	2024/08/09	2024/08/12	BANCOLOMBIA	3	$5,311,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				30	$2,820,500	$6,500	$0	$2,827,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	3	$367,500	$900	$0	$368,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,044,900	$2,400	$0	$1,047,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	17	$1,144,500	$2,600	$0	$1,147,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$263,600	$600	$0	$264,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				30	$1,067,200	$2,400	$0	$1,069,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	30	$1,067,200	$2,400	$0	$1,069,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				30	$705,700	$1,600	$0	$707,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	30	$705,700	$1,600	$0	$707,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				30	$705,700	$2,100	$0	$707,800
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$43,400	$100	$0	$43,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	5	$259,500	$600	$0	$260,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$52,000	$200	$0	$52,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	7	$67,900	$200	$0	$68,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$50,300	$200	$0	$50,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$8,700	$100	$0	$8,800
PIJAOSALUD	EPSIC6	809,008,362	2	1	$1,800	$100	$0	$1,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	7	$128,400	$300	$0	$128,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$93,700	$300	$0	$94,000
TOTAL				30	$5,299,100	$12,600	$0	$5,311,700

Medellín, 26 de August 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 INSTALACIONES & MANTENIMIENTOS J B S A S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 OPERATIVOS OBRAS		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79448104	BUSTOS CRUZ MIGUEL ANGEL	27/08/2024		59254241	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/08/2024 15:23:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.95.130, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

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 [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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			
BUSTOS	CRUZ	MIGUEL	ANGEL

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 79448104
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 10 02 1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: COLPATRIA
16. Administradora de pensiones: COLPENSIONES
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1300000
18. Residencia: CR 11 # 23A - 17
Teléfono fijo y/o celular: 3125062304
Municipio / Distrito: BOGOTA
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Departamento: BOGOTA

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

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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
01								
02								
03								
04								
05								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30.	31. Discapacidad: Tipo F	N	Condición M	T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01														
02														
03														
04														
05														

Selección de la IPS Primaria

Cód.	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
6		
8		
8		

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

35. Nombre o razón social: INSTALACIONES Y MANTENIMIE
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 900700630
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CR 22 # 58 - 26 | 7897307 | wilobustos3070@gmail | BOGOTA | BOGOTA

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 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 por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | Fecha: 27 02 2014

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

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 intervención 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad [ ] Número de 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

VIGILADO SuperSubsidio

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

compensar | eps salud

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

Firma del afiliado (cotizante): Miguel Bastos C

No. Identificación: 79448104

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico proteccióndedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): Miguel Bastos C

No. Identificación: 79448104

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MIGUEL ANGEL BUSTOS CRUZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79448104,** se encuentra afiliado/a desde **17/06/1988** 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 26 de agosto de 2024.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 26 de Agosto de 2.024

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 26/8/2024, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79448104
Nombres y Apellidos	MIGUEL ANGEL BUSTOS CRUZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	NIT 900700630
Razón Social Empleador	INSTALACIONES Y MANTENIMIENTO JB SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	27/8/2024
Fecha de Ingreso a Compensar	26/8/2024
Cargo	AYUDANTE
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1300000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a INSTALACIONES Y MANTENIMIENTO JB SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

ISO 9001 icontec SC 5892-14
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

VIGILADO SuperSubsidio