compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| NI | 901629455-7 | LOAD SAS | KR 141 # 142 C - 51 CS 67 | 3134652830 | load.sas22@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | B – menos de 200 c | | RISARALDA | PEREIRA | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 18 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-09 | 2024-08 | E | 16/09/2024 | 80252745 | $6.540.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 736.700 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 2.200 | 0 | 738.900 | 15 |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 53.800 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 200 | 0 | 54.000 | 2 |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 52.000 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 200 | 0 | 52.200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 416.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1.300 | 0 | 417.300 | 2 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 2.322.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 6.900 | 0 | 2.329.600 | 12 |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 631.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1.900 | 0 | 632.900 | 4 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 1.466.200 | | | | 1.466.200 | 4 | 4.400 | 1.470.600 | | | 14.662 | 1.470.600 | 18 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF44 | Comfamiliar Risaralda | 891480000-1 | 842.500 | 4 | 2.500 | 845.000 | 18 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 3 | 842.500 | 845.100 |
| Pensión | 3 | 3.369.700 | 3.379.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 1.466.200 | 1.470.600 |
| CCF | 1 | 842.500 | 845.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 8 | 6.520.900 | 6.540.500 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| NI | 901629455-7 | LOAD SAS | | KR 141 # 142 C - 51 CS 67 | 3134652830 | load.sas22@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | B – menos de 200 c | | | RISARALDA | PEREIRA | 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 |
| | | | | | 18 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-09 | 2024-08 | E | 16/09/2024 | 80252745 | $6.540.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 79868912 | ACOSTA DIAZ LUIS OSVALDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | CC | 1051745101 | PEREZ VALENCIA NEILO LIBARDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 | CC | 1051745646 | PEREZ ACENCIO JONATAN | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | CC | 1067034421 | PALOMINO LUNA LUIS DAVID | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 | CC | 1098645998 | BURGOS GARZON ANDRES GUILLERMO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | CC | 1115421773 | OSORIO MARIN JUAN CAMILO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | CC | 12449998 | GONZALEZ PEDROZA JASSON ALEXANDER | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 | CC | 73591936 | GUTIERREZ PALOMINO TEOBALDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | CC | 78038269 | FUENTES PEREZ SERGIO DE JESUS | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | CC | 80876758 | SIERRA FLOREZ HERNANDO ANDRES | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 | CC | 84068692 | DIAZ CONTRERAS UDUALDO ENRIQUE | 1 | 0 | | | S | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 216.667 | 34.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 216.667 | 8.700 | 14-11 | 216.667 | 5 | 15.100 | CCF44 | 216.667 | 8.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | CC | 9168084 | BELTRAN BELEÑO OSWALDO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | CC | 92446827 | CHIQUILLO JIMENEZ SANTOS RAFAEL | 1 | 0 | | | S | X | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 43.334 | 7.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 43.334 | 1.800 | 14-11 | 43.334 | 5 | 3.100 | CCF44 | 43.334 | 1.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14 | CC | 1042430056 | MERCADO FLOREZ JAVIER | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | CC | 24646619 | GALLEGO FLOREZ MONICA VIVIANA | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | CC | 73584538 | PEREZ VALENCIA ROBERTO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | CC | 1063161017 | ALEGRIA NARVAEZ ELKIN DARIO | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | CC | 1101451473 | URBINA TORRES EBERTO JOSE | 1 | 0 | | | S | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.300.000 | 52.000 | 14-11 | 1.300.000 | 5 | 90.500 | CCF44 | 1.300.000 | 52.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4011541089 | 0\|2\|0\|9\|2\|0\|2\|4 |

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

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

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] | A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| SILVA<br>Primer apellido | MARTINEZ<br>Segundo apellido | ALVARO<br>Primer nombre | ENRIQUE<br>Segundo nombre |

| 7. Tipo documento de Identidad | 8.Número del documento de Identidad | 9.Sexo | 10.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 12.627.667 | Femenino [ ] Masculino [X] | 2\|2\|0\|6\|1\|9\|7\|3 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

**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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Tipo F | Tipo N | Tipo M | 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 | | | | | | |

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 AMERICAS - UOD CPO AMERICAS | VSAMERICAS - UODCPOAMER |
| 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) |
|---|---|---|---|
| LAOD SAS | NIT | 901629455 | 01 |

| 39.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CR 141 142 C 51 CA 67<br>Dirección | 9016294<br>Teleéfono | LOAD.SAS22@GMAIL.COM<br>Correo electrónico | BOGOTA<br>Municipio/distrito | BOGOTA<br>Departamento |

| No de Radicacion |
|---|
| 4011541089 |



## 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 ☐ | | 1\|0\|0\|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 |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

**56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

| Cantidad: | | | | | | | | | | | Total: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | | | | | | | | 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.

## 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 capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

| Primer apellido | Segundo apellido (o de casada) | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| SILVA | MARTINEZ | ALVARO | ENRIQUE |

| No de identificación | Tipo de documento | Fecha de nacimiento | Sexo | Fecha diligenciamiento |
|---|---|---|---|---|
| 12.627.667 | RC TI X CC CE PA | AAAA 2006 MM 06 DD 22 | X F | AAAA 2024 MM 09 DD 02 |

## CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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 de Desempeño de la EPS? SI X NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI X NO

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico _

**CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)**

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: SILVA MARTINEZ ALVARO ENRIQUE identificado con el documento de identidad: C No. 12.627.667, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico daimer1@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

**Firma del afiliado (Cotizante):**

Nombres y Apellidos: SILVA MARTINEZ ALVARO
Número de identificación: 12.627.667

Fecha de diligenciamiento
AAAA 2024 MM 09 DD 02

**FIRMA A RUEGO**

A ruego del señor(a) _____identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____No. _____y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, 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:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

_____
Nombres y apellidos de la persona de quien no sabe firmar

**Huella digital del cotizante**
(en caso de no saber firmar)

---

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

"Con la suscripción del presente documento, en cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y demás normas que reglamenten, modifiquen o deroguen, hago constar expresamente que Salud Total EPS-S S.A. me informó sobre los derechos que me asisten como titular de datos personales y, por tanto, AUTORIZO de manera libre e informada a Salud Total EPS-S S.A., con Nit. 830.140.907-4 como responsable del tratamiento de datos personales, para la recolección, almacenamiento, uso desde el momento de mi afiliación, continuación de uso y tratamiento de mis datos personales, los cuales serán almacenados en bases de datos que se encuentran en medios físicos y/o magnéticos para los siguientes fines:

- Afiliación, traslado, identificación, validación de derechos y actualización de datos de los protegidos.
- Autorizaciones de servicios de salud requeridos por los protegidos.
- Caracterización, seguimiento, identificación de la población y gestión del riesgo.
- Garantizar la prestación de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud Contributivo en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías.
- La asignación y/o reasignación de citas, recaudo y recuperación de cartera, información y demás operaciones relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Evaluación de indicadores de alertas tempranas, oportunidad y calidad de los productos y servicios brindados.
- Identificación de Proveedores y Prestadores, así como medición de necesidad, oportunidad y calidad en los productos y servicios prestados por éstos.
- Transferencia y/o transmisión al exterior de datos personales, transferencia y/o transmisión de datos con las empresas vinculadas o matrices, con empresas de auditoria o revisoría fiscal, con prestadores de servicios de salud públicos o privados, así como con proveedores necesarios para el desarrollo de las anotadas finalidades y del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A., con los cuales se tienen contratos en aras de cumplir con los deberes de acceso y confidencialidad, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.
- Dar a conocer los diferentes servicios y productos ofrecidos por la EPS, temas de publicidad y en general mantener contacto con los usuarios y afiliados mediante cualquier medio de comunicación (escrito y/o electrónico), con el fin de adelantar cualquier trámite necesario para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- Cualquier otra operación necesaria para el desarrollo del objeto social de SALUD TOTAL EPS S.A. atendiendo a su naturaleza y el cumplimiento a los protocolos de bioseguridad.
- Cumplimiento de requerimientos legales de entidades administrativas o jurisdiccionales inclusive después de terminada la relación contractual y en general para el cumplimiento de obligaciones contractuales y legales de Salud Total EPS-S S.A.

Se aclara que la información referente a beneficiarios y miembros del grupo familiar en los que pueden encontrarse datos de niñas, niños y adolescentes, datos de la salud y datos biométricos como (fotografías, huellas, videos, entre otros) son datos sensibles, sobre los cuales no está obligado a autorizar su tratamiento; no obstante lo anterior, solo serán utilizados por la Empresa para el cumplimiento de las obligaciones propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los sistemas integrados de gestión adoptados por Salud Total EPS-S SA.

Como Titular de datos personales, sé que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos a través de los canales de comunicación para tal fin, establecidos en la Política de protección de datos personales de Salud Total EPS-S S.A. que declaro conocer y aceptar, publicada en la página web*: www.saludtotal.com.co*, igualmente en cualquier momento puedo ejercer mis

derechos y comunicarme con el responsable del tratamiento de los datos personales por solicitud dirigida al E-mail: *protecciondatos@saludtotal.com.co,* al Teléfono: (57+1) 4854555 y a nivel nacional 018000 114524.

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 12.667.667

**www.saludtotal.com.co**
**Línea local en Bogotá 4854555**
**Línea Nacional de atención al cliente 018000114524**
**Síguenos en Salud Total EPS. Oficial**






# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SILVA MARTINEZ ALVARO ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **12.627.667** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de febrero de 1996 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de septiembre 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

2024090220213


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 12.627.667

Apellidos
SILVA MARTINEZ

Nombres
ALVARO ENRIQUE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
22 JUN 1973

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PUEBLOVIEJO (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
25 SEPT 1991, CIENAGA

Fecha de expiración
09 SEPT 2032

Firma


.CO

004984665

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL004984665021016<<<<<<<<<<
7306228M3209099COL12627667<<<3
SILVA<MARTINEZ<<ALVARO<ENRIQUE

Medellín, 02 de Septiembre 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 LOAD SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C12627667 | SILVA MARTINEZ ALVARO ENRIQUE | 03/09/2024 | | K13930G4 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C10191124822424674389

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 02/09/2024 20:39:49 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.167.94, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 02 de Septiembre 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 LOAD SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1079991116 | SILVA HERRERA YOVANIS | 03/09/2024 | | v2819024 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C10191124822424670242

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 02/09/2024 19:30:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.95.167.94, 198.143.41.43, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SILVA HERRERA YOVANIS** identificado(a) con **CC** número **1.079.991.116** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 18 de julio 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 02 de septiembre 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

2024090219263

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

# SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

CLICK PARA REINICIAR TODO

NUEVA E.P.S
RECIBIDO PARA ESTUDIO

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: N0129

## AFILIACIÓN

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

| 6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO: SILVA | SEGUNDO APELLIDO: HERRERA | PRIMER NOMBRE: YOVANIS | SEGUNDO NOMBRE: |

| 7.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 9. SEXO BIOLÓGICO | | |
|---|---|---|---|---|
| CC- Cédulade Ciudadaní | 1.079.991.116 | F | ✔ | |

| SEXO DE IDENTIFICACIÓN | F | M ✔ | T | NB | 10 FECHA NACIMIENTO | DÍA 29 | MES ABRIL | AÑO 1997 | PAÍS DE NACIMIENTO COLOMBIA | 11. NACIONALIDAD COLOMBIAN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

| CIUDAD / MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | ZONA | TELÉFONO MÓVIL |
|---|---|---|---|
| PEREIRA | RISARALDA | CENTRO POBLADO | 3134652830 |

| TELÉFONO FIJO | EXT. | CORREO ELECTRÓNICO | IPS | IPS ODONTOLÓGICA |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | elkinalegria@gmail.com | 6656 | 6656 |

**V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

| 39. Nombre o Razón Social | 40.TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 41.Número documento de identidad | DV | 42. Tipo de aportante o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|---|
| LOADSAS | NI- Númerdentificación Tributari | 901629455 | 7 | DEPENDIENT |

| 43.UBICACIÓN O DIRECCIÓN | TIPO NOMENCLATURA | | | | | COMPLEMENTO DIRECCION | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Calle 31 B | | URBANA | RURAL | # 21 | 68 Sur | CLL31 B SUR2168 | BOGOT | BOGOTÁ.C |

| CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO MÓVIL | TELÉFONO FIJO | EXT | FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL | DÍA | MES | AÑO | CARGO | OCUPACIÓN | SALARIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LOAD.SAS22@GMAIL.C | 313465283 | n/a | n/a | | 2 | SEP | 202 | OPEREARIOBRA | EMPLEAD | $ 1.300.00 |

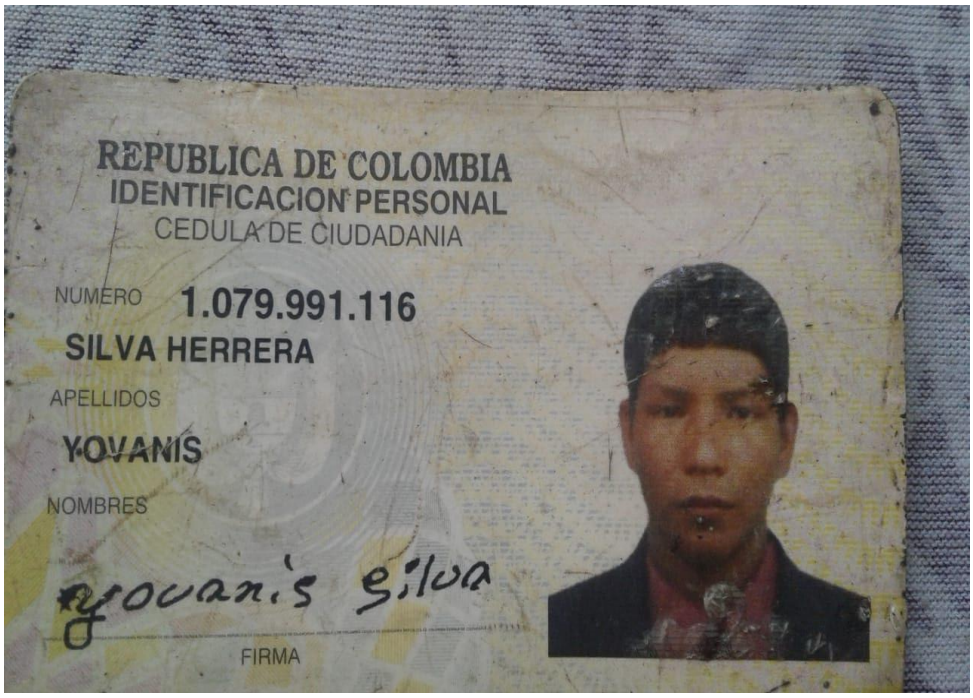
**IX. FIRMAS**

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

REINGRESOS

VIGILADO Supersalud



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.991.116

SILVA HERRERA

APELLIDOS

YOVANIS

NOMBRES

yovanis silva

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1987

SAN ZENON
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

16-DIC-2009 SAN ZENON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2107300-00216396-M-1079991116-20100220 0021092121A 1 32527397