CERTIFICACIÓN APORTES
SEGURIDADSOCIAL

El suscrito**, CAMILO ANDRÉS ÁNGEL SALDARRIAGA** con NIT 98.546.133-1 se encuentra debidamente inscrito ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

En la fecha, y, por los ocho meses anteriores, se encuentra a paz y salvo por los aportes a la seguridad social con las planillas # 77578033 y 77578336 pagadas el 3 de junio de 2025 y parafiscales y, por todo concepto de exámenes médicos de ingreso, liquidaciones de prestaciones sociales y salarios, dando legal cumplimiento a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y sus decretos reglamentarios, especialmente lo que atañe a aportes parafiscales por intermedio de la Caja de Compensación Familiar, y a la seguridad social por intermedio de las diferentes EPS, ARL y Fondos de Pensiones.

El contribuyente se encuentra acogido a la Ley 1819 de 2016 en su artículo 65 cumpliendo todos los requisitos para la EXONERACIÓN DE APORTES. Por lo tanto está exonerada del pago de aportes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), del pago al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y tambiénde las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, sobre salarios inferiores a10 salarios mínimos legales vigentes.

Por el origen y la cuantía de sus ingresos el contribuyente ha observado razonablemente los preceptos legales sobre contabilidad en Colombia y los preceptos fiscales sobre declaraciones de Renta y Patrimonio, IVA y Retención en la fuente y Autorretención de Renta que le son aplicables.

Atentamente,



CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA
CC. 98.546.133

Medellín, Junio 04 de 2025

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



2092-T

OZIEL DE JESUS
ZAPATA ZAPATA
C.C. 8.387.796
RESOLUCION INSCRIPCION 610-T FECHA 17-XII-76
UNIVERSIDAD AUTONOMA LATINOAMERICANA

Presidente

000093304



FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F60E6386C8AC70F2

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **OZIEL DE JESUS ZAPATA ZAPATA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 8387796 de BELLO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 2092-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *

Dado en BOGOTA a los 9 días del mes de Abril de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

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

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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-03, 10:01:23 AM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 77578336

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

PAGADO 03/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA		
Documento	CC98546133	**Dirección**	CARRERA 43A # 1 A SUR - 29, OF. 802. ED.
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5603350
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	27	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020397431	DIANA CRISTINA HIGUITA HIGUITA	01	00	X																0	21	21	21	21	(230301) PORVENIR	$ 2.660.000	$ 425.600	(EPS010) EPS SURA	$ 2.660.000	$ 106.400	6,960	$ 2.660.000	$ 185.200	(CCF04) COMFAMA	$ 2.660.000	$ 106.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 823.600
CC 10254900	FELIX HERNANDO QUINTERO PEREZ	01	00	X																0	21	21	21	21	(230201) PROTECCION	$ 4.758.446	$ 761.400	(EPS010) EPS SURA	$ 4.758.446	$ 190.400	6,960	$ 4.758.446	$ 331.200	(CCF04) COMFAMA	$ 4.758.446	$ 190.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.473.400
CC 1035228767	SHAMIR ZULUAGA GOMEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 5.300.000	$ 848.000	(EPS010) EPS SURA	$ 5.300.000	$ 212.000	6,960	$ 5.300.000	$ 368.900	(CCF04) COMFAMA	$ 5.300.000	$ 212.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.640.900
CC 1036605418	JUDY CRISTINA GIRALDO POSADA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 5.618.000	$ 898.900	(EPS010) EPS SURA	$ 5.618.000	$ 224.800	6,960	$ 5.618.000	$ 391.100	(CCF04) COMFAMA	$ 5.618.000	$ 224.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.739.600
CC 1040372253	STEFANY PANIAGUA CARDONA	01	00	X																0	21	21	21	21	(230301) PORVENIR	$ 3.932.600	$ 629.300	(EPS037) NUEVA EPS	$ 3.932.600	$ 157.400	6,960	$ 3.932.600	$ 273.800	(CCF04) COMFAMA	$ 3.932.600	$ 157.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.217.900
CC 1075281627	OLGA CAMILA POLANIA ALARCON	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 5.798.624	$ 985.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 5.798.624	$ 232.000	6,960	$ 5.798.624	$ 403.600	(CCF04) COMFAMA	$ 5.798.624	$ 232.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.853.400
CC 1082883763	SIUL VANESSA MENDOZA SOLEDAD	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 5.618.000	$ 898.900	(EPS005) EPS SANITAS	$ 5.618.000	$ 224.800	6,960	$ 5.618.000	$ 391.100	(CCF04) COMFAMA	$ 5.618.000	$ 224.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.739.600
CC 1118839306	INGRI LISSET CASTILLO MARTINEZ	01	00	X																0	21	21	21	21	(230301) PORVENIR	$ 2.660.000	$ 425.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.660.000	$ 106.400	6,960	$ 2.660.000	$ 185.200	(CCF04) COMFAMA	$ 2.660.000	$ 106.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 823.600
CC 12253837	OMAR CLEVES RODRIGUEZ	01	00	X																0	21	21	21	21	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.611.840	$ 417.900	(EPS010) EPS SURA	$ 2.611.840	$ 104.500	6,960	$ 2.611.840	$ 181.800	(CCF04) COMFAMA	$ 2.611.840	$ 104.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 808.700
CC 18261918	JOSE RICARDO MARTINEZ MONTEALEGRE	01	00	X																0	21	21	21	21	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.660.000	$ 425.600	(EPS037) NUEVA EPS	$ 2.660.000	$ 106.400	6,960	$ 2.660.000	$ 185.200	(CCF04) COMFAMA	$ 2.660.000	$ 106.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 823.600
CC 32106185	MARIA CATALINA MARTINEZ ROMERO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 5.798.624	$ 985.800	(EPS010) EPS SURA	$ 5.798.624	$ 232.000	6,960	$ 5.798.624	$ 403.600	(CCF04) COMFAMA	$ 5.798.624	$ 232.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.853.400
CC 32182430	ARACELLY SANTOS VELASQUEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 5.798.624	$ 985.800	(EPS010) EPS SURA	$ 5.798.624	$ 232.000	6,960	$ 5.798.624	$ 403.600	(CCF04) COMFAMA	$ 5.798.624	$ 232.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.853.400
CC 42973793	MYRIAM LUCY HENAO LOPEZ	01	04																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS010) EPS SURA	$ 5.300.000	$ 212.000	6,960	$ 5.300.000	$ 368.900	(CCF04) COMFAMA	$ 5.300.000	$ 212.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 792.900
CC 43263991	LUZ MARIA VILLA ROLDAN	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 5.927.185	$ 1.007.800	(EPS010) EPS SURA	$ 5.927.185	$ 237.100	6,960	$ 5.927.185	$ 412.600	(CCF04) COMFAMA	$ 5.927.185	$ 237.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.894.600
CC 43593703	NATALIA MARIN VELEZ	01	00	X																0	21	21	21	21	(230201) PROTECCION	$ 2.660.000	$ 425.600	(EPS010) EPS SURA	$ 2.660.000	$ 106.400	6,960	$ 2.660.000	$ 185.200	(CCF04) COMFAMA	$ 2.660.000	$ 106.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 823.600
CC 43834447	LISBETH CRISTINA GONZALEZ AGUDELO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 3.900.000	$ 624.000	(EPS010) EPS SURA	$ 3.900.000	$ 156.000	6,960	$ 3.900.000	$ 271.500	(CCF04) COMFAMA	$ 3.900.000	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.207.500
CC 50922032	ADRIANA ROSA NARANJO ARTEAGA	01	00	X																0	21	21	21	21	(230201) PROTECCION	$ 4.758.446	$ 761.400	(EPS010) EPS SURA	$ 4.758.446	$ 190.400	6,960	$ 4.758.446	$ 331.200	(CCF04) COMFAMA	$ 4.758.446	$ 190.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.473.400
CC 70415440	FABIAN RAMIRO GOMEZ MOLINA	01	00	X																0	21	21	21	21	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.611.840	$ 417.900	(EPS010) EPS SURA	$ 2.611.840	$ 104.500	6,960	$ 2.611.840	$ 181.800	(CCF04) COMFAMA	$ 2.611.840	$ 104.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 808.700
CC 70550727	LUIS EMILIO GUTIERREZ SALAZAR	01	04																	0	0	30	30	30	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF04) COMFAMA	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 213.100

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

Pagado: 03/06/2025 | **Empresa CC98546133 CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA** | **Planilla Nro: 77578336** | **Periodo Cotización: mayo de 2025** | **Periodo Servicio: junio de 2025**

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 71315279	JOSE CAMILO CASTAÑEDA ACEVEDO	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 5.300.000	$ 848.000	(EPS010) EPS SURA	$ 5.300.000	$ 212.000	6,960	$ 5.300.000	$ 368.900	(CCF04) COMFAMA	$ 5.300.000	$ 212.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.640.900
CC 71381613	WILDERMAN VIANEY MIRA GALVIS	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 5.781.435	$ 983.100	(EPS010) EPS SURA	$ 5.781.435	$ 231.300	6,960	$ 5.781.435	$ 402.400	(CCF04) COMFAMA	$ 5.781.435	$ 231.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.848.100
CC 7143569	CARLOS DE JESUS BOLAÑO BUZON	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 6.898.855	$ 1.172.900	(EPS010) EPS SURA	$ 6.898.855	$ 276.000	6,960	$ 6.898.855	$ 480.200	(CCF04) COMFAMA	$ 6.898.855	$ 276.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.205.100
CC 71734111	FERNANDO MAURICIO UPEGUI RIVILLAS	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 8.574.852	$ 1.457.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 8.574.852	$ 343.000	6,960	$ 8.574.852	$ 596.900	(CCF04) COMFAMA	$ 8.574.852	$ 343.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.740.700
CC 71738507	RUBEN DARIO POSADA BAENA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 6.947.408	$ 1.181.200	(EPS010) EPS SURA	$ 6.947.408	$ 277.900	6,960	$ 6.947.408	$ 483.600	(CCF04) COMFAMA	$ 6.947.408	$ 277.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.220.600
CC 71781804	JORGE EDWIN HENAO LOPEZ	01	00	X																0	21	21	21	21	(25-14) COLPENSIONES	$ 3.932.600	$ 629.300	(EPS010) EPS SURA	$ 3.932.600	$ 157.400	6,960	$ 3.932.600	$ 273.800	(CCF04) COMFAMA	$ 3.932.600	$ 157.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.217.900
CC 8285207	JAIRO HUMBERTO ESTRADA ECHEVERRI	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 3.200.000	$ 512.000	(EPS037) NUEVA EPS	$ 3.200.000	$ 128.000	6,960	$ 3.200.000	$ 222.800	(CCF04) COMFAMA	$ 3.200.000	$ 128.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 990.800
CC 98535551	EDUARDO ANTONIO RODRIGUEZ LOPEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 8.745.000	$ 1.486.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 8.745.000	$ 349.800	6,960	$ 8.745.000	$ 608.700	(CCF04) COMFAMA	$ 8.745.000	$ 349.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.795.100

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
$ 122.452.379	$ 129.175.879	$ 129.175.879	$ 129.175.879	$ 20.196.400	$ 5.167.900	$ 8.991.900	$ 5.167.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 39.524.100	$ 0	$ 39.524.100

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-03, 10:01:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 77578033

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025

PAGADO 03/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA		
Documento	CC98546133	**Dirección**	CARRERA 43A # 1 A SUR - 29, OF. 802. ED.
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5603350
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
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	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 98546133	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 25.000.000	$ 4.350.000	(EPS010) EPS SURA	$ 25.000.000	$ 3.125.000	6,960	$ 25.000.000	$ 1.740.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.215.000

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
$ 25.000.000	$ 25.000.000	$ 25.000.000	$ 0	$ 4.350.000	$ 3.125.000	$ 1.740.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.215.000	$ 0	$ 9.215.000

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

ARL | sura

Medellín, 21 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C70415440	GOMEZ MOLINA FABIAN RAMIRO	22/05/2025		H226g176	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/05/2025 15:56:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_5695389**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 98546133 CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA
Afiliado	CC 70415440 FABIAN RAMIRO GOMEZ MOLINA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 3,731,200
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CL 16 A SUR # 30 - 125 APTO 1601
Fecha de ingreso	10/05/2025
Fecha de radicación	21/05/2025 04:21:25 p.m.
Código de Transacción	198553702
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2025

Fecha de generación 21/05/2025

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

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

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	70.415.440	GOMEZ	MOLINA	FABIAN	RAMIRO	1 2 X 4 5	09 05 1965	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 67A # 80 - 63	ANTIOQUIA	MEDELLIN		3103895090	faragomo21@yahoo.es

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Urbano	SI / NO
X 2 3	$ 3.731.200	8	230	1 X	10 05 2025	TECNOLOGO EN OBRAS CIVILES DE INTERVENTORIA		X

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel Educativo*	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativo
CC CE PA RC TI							Femenino Masculino	Hijo Hijastro Padrastro Hermano Cuidador		Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Universitario ESTSH		

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros X Corriente ☐ Número: 10697097949 De la entidad financiera: BANCOLOMBIA

NOTA: Comfama solo consignara a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y [illegible] comfama [illegible]do, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Firma y sello del empleador	Firma [illegible] entidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andres Angel S. Ingeniero Civil NIT. 98.546.133	CC. 70.415.440	22 MAY 2025 06		

Transacción: _____

Recibido

Cod. 108 - V11

- Original (Comfama) - VIGILADO Supersalud

ARL | sura

Medellín, 21 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C12253837	CLEVES RODRIGUEZ OMAR	22/05/2025		J2812923	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/05/2025 16:00:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.126, 107.154.96.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_5695402**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 98546133 CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA
Afiliado	CC 12253837 OMAR CLEVES RODRIGUEZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 3,731,200
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CL 16 A SUR # 30 - 125 APTO 1601
Fecha de ingreso	10/05/2025
Fecha de radicación	21/05/2025 04:22:35 p.m.
Código de Transacción	198553720
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2025

Fecha de generación 21/05/2025

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	12.253.837	CLEVES	RODRIGUEZ	OMAR		X 3 4 5	02041960	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CL 50 # 76-143	ANTIOQUIA	MEDELLIN		3008360785	omarcleves@hotmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario SI	NO
X 2 3	$ 3.731.200	8	230	1 X	10 05 2025	TECNOLOGO EN OBRAS CIVILES DE INTERVENTORIA		XO

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel Educativo*	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa
CC CE PA RC TI							Femenino Masculino	Hijo Hijastro Padrastro Hermano Yerno		Ninguno Básica Primaria Básica Secundaria Técnico Tecnólogo Universitario ETDH		

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros [X] Corriente [ ] Número de cuenta: comfama 37200111823 De la entidad financiera: bancolombia

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Firma y datos del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andrés Ángel S. Ingeniero Civil Mat. 25.546.133-[illegible]	CC. 12.253.837	22 MAY 2025 06		

Transacción: _____

Recibido

- Original (Comfama) - Cadenza VIGILADO

Cod. 168 - V11

ARL | sura

Medellín, 15 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C50922032	NARANJO ARTEAGA ADRIANA ROSA	16/05/2025		31g19413	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 15/05/2025 08:21:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_5655241

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 98546133 CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA
Afiliado	CC 50922032 ADRIANA ROSA NARANJO ARTEAGA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 6,560,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CL 16 A SUR # 30 - 125 APTO 1601
Fecha de ingreso	10/05/2025
Fecha de radicación	15/05/2025 09:02:29 a.m.
Código de Transacción	198233323
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2025

Fecha de generación 15/05/2025

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de identificación	No. identificación	D.V	Razon Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	4750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de identificación	No. identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	50.922.032	NARANJO	ARTEAGA	ADRIANA	ROSA	1 2 X 4 5	11 11 1978	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cra 44 # 62 SUR-33 APTO 1707	ANTIOQUIA	SABANETA		310 8347133	nanaranjo.11@gmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario	SI / NO
X 2 3	$ 6.560.000	8	230	1 X	10 05 2025	RESIDENTE DE INTERVENTORIA		NO

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

NIT	Razon Social	No de horas/mes	Salario/mes	Afiliado a Caja de Compensación
				SI NO Cual?
				SI NO Cual?

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel Educativo*	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa
CC CE PA RC TI							Femenino Masculino	Hijo Hijastro Padrastro Hermano Nieto		Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Universitario Ninguno		

comfama

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros X Corriente ☐ Numero: 64558504917 De la entidad financiera: BANCOLOMBIA

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan pignorado. La consignación se realizará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

15 MAY 2025 09

Transacción:

Firma y documento de identidad del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andrés Angel S. Ingeniero Civil NIT. 98.546.133-1	Adriana Naranjo A. CC. 50.922.032	Recibido		

Cod. 168 - V11

- Original (Comfama) - Copia Afiliado - Copia Empleador

ARL | sura

Medellín, 15 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1020397431	HIGUITA HIGUITA DIANA CRISTINA	16/05/2025		d4423423	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 15/05/2025 08:30:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_5655346**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 98546133 CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA
Afiliado	CC 1020397431 DIANA CRISTINA HIGUITA HIGUITA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 3,800,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CL 16 A SUR # 30 - 125 APTO 1601
Fecha de ingreso	10/05/2025
Fecha de radicación	15/05/2025 09:05:11 a.m.
Código de Transacción	198233417
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2025

Fecha de generación 15/05/2025

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

SP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	1.020.397.431	HIGUITA	HIGUITA	DIANA	CRISTINA	X 2 3 4 5	31 05 1986	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CALLE 102 # 72 - 20	ANTIOQUIA	MEDELLIN		3006631994	dianahiguita31@hotmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario	SI / NO
X 2 3	$ 3.800.000	8	230	1 X	10 05 2025	TECNOLOGO EN OBRAS CIVILES DE INTERVENTORIA		NO X

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel Educativo*	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa
CC CE PA RC TI							Femenino Masculino	Hijo Hijastro Padre/Madre Hermano Cuidador		Primaria Bachillerato Ed. Cual Tecnológico Universitario Ninguno		

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros X Corriente ☐ Numero: 31390954281 De la entidad financiera: BANCOLOMBIA

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan ignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andres Angel S. Ingeniero Civil NIT. 98.546.133-1	Diana Cristina Higuita CC: 1.020.397.431	15 MAY 2025 09 Transacción: Recibido		

Cod. 102 - V11

- Original (Comfama) - VIGILADO Supersubsidio Colaborativa

ARL | sura

Medellín, 15 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C10254900	QUINTERO PEREZ FELIX HERNANDO	16/05/2025		19254Ge1	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 15/05/2025 08:25:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6I_5655320

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 98546133 CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA
Afiliado	CC 10254900 FELIX HERNANDO QUINTERO PEREZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 6,560,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CL 16 A SUR # 30 - 125 APTO 1601
Fecha de ingreso	10/05/2025
Fecha de radicación	15/05/2025 09:03:46 a.m.
Código de Transacción	198233369
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2025

Fecha de generación 15/05/2025

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	10.254.900	QUINTERO	PEREZ	FELIX	HERNANDO	1 X 3 4 5	2201 1962	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 30B # 24-50	ANTIOQUIA	MARINILLA		3183899293	felixhernando22@me.com

Datos laborales

Tipo de Salario 1 2 3	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato 1 X	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario SI	Sector Agrario NO
X	$ 6.560.000	8	230		10 05 2025	RESIDENTE DE INTERVENTORIA		X

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación CC CE PA RC TI	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación 1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación CC CE PA RC TI	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Genero Femenino Masculino	Parentesco Hijo Hijastro Padrastro Hermano materno	Discapacidad	Nivel Educativo* Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Universitario Ninguno	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa

comfama

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐ Número: 09 De la entidad financiera:

15 MAY 2025

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Transacción:

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de revuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andres Angel S. Ingeniero Civil NIT. 98.546.133-1	Recibido C.C. 10.254.900			

Cod. 108 - V11

- Original (Comfama) -

VIGILADO Colaterales s.a.

ARL | sura

Medellín, 15 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1118839306	CASTILLO MARTINEZ INGRI LISSET	16/05/2025		14023120	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 15/05/2025 08:40:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 15 05 2025

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

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

4. Tipo de afiliado	A. Cotizante [ ]	B. Cabeza de Familia [X]	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			
CASTILLO	MARTINEZ	INGRIT	LISSET
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.118.839.306	Femenino X Masculino	08 10 1991

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	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
ARL SURA	PORVENIR	$ 3.800.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CARRERA 49 # 63A - 12 APTO 403		3205951429	ingri.liss.castillo.m@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
MEDELLIN	Urbana [X] Rural [ ]		ANTIOQUIA

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		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 documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
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			Condición	
				F	N	M	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	(A registrar por la E.PS.)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.PS.)
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 (A registrar por la E.PS.)
CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	CC [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	98.546.133	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 13B # 4 B SUR 205	4750700	gerenciadeproyectos@acero	MEDELLIN	ANTIOQUIA

yconcreto.co

T:1003587509

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	1.118.839.306	CASTILLO	MARTINEZ	INGRI	LISSET	1 X 3 4 5	08 10 1991	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 49 # 63A - 12 APTO. 403	ANTIOQUIA	MEDELLIN		3205951429	ingri.liss.castillo.m@gmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario	SI
X 2 3	$ 3.800.000	8	230	1 X	10 05 2025	TECNOLOGO SST DE INTERVENTORIA		X

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género Femenino Masculino	Parentesco hijo hijastro padrastro hermano cuidador	Discapacidad	Nivel Educativo* Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Universitario Ninguno	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa
CC CE PA RC TI												

comfama

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros X Corriente ☐ Número: 29242769064 De la entidad financiera: BANCOLOMBIA

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/.

15 MAY 2025 09

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello transacción Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andrés Angel S. Ingeniero Civil NIT. 98.546.133-1	CC. 1.118.839.306	Recibido		

Original (Comfama) - Copia usuario - VIGILADO

Cod. 108 - V11

ARL | sura

Medellín, 15 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C71781804	HENAO LOPEZ JORGE EDWIN	16/05/2025		25203E15	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 15/05/2025 08:35:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.126, 107.154.96.2, 172.16.42.57

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud **6l_5655380**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 98546133 CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA
Afiliado	CC 71781804 JORGE EDWIN HENAO LOPEZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 5,618,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CL 16 A SUR # 30 - 125 APTO 1601
Fecha de ingreso	10/05/2025
Fecha de radicación	15/05/2025 09:08:17 a.m.
Código de Transacción	198233511
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2025

Fecha de generación 15/05/2025

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	71.781.804	HENAO	LOPEZ	JORGE	EDWIN	X 2 3 4 5	29 10 1978	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 64C # 48-56 APTO 1203	ANTIOQUIA	MEDELLIN		3216469134	jorge.henao78@gmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario	SI
X 2 3	$ 5.618.000	8	230	1 X	10 05 2025	PROFESIONAL SOCIAL DE INTERVENTORIA		XD

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD	MM	AAAA	Género	Parentesco	Discapacidad	Nivel Educativo*	Nombre de la institución educativa	NIT institución educativa
CC CE PA RC TI									Femenino Masculino	Hijo Hijastro Padre/Madre Padrastro/Madrastra Hermano/a Cuidador/a		Primaria Secundaria Media Técnico/a Universitario/a Ninguno		

comfama

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros X Corriente ☐ Número: 10015227547 De la entidad financiera: BANCOLOMBIA

15 MAY 2025 09

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no le entregará dinero en efectivo, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Transacción:

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andrés Angel S. Ingeniero Civil NIT. 98.546.133-1	Jorge E. Henao L: CC. 71.781.804	Recibido		

Original (Comfama) - VIGILADO Supersalud - Cod. 108 - V11

ARL | sura

Medellín, 15 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C18261918	MARTINEZ MONTEALEGRE JOSE RICARDO	16/05/2025		195K2552	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 15/05/2025 08:28:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.122, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/05/2025, el empleador CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 98546133 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8779037	15/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18261918	JOSERICARDO MARTINEZ MONTEALEGRE	3800000		2025-05-10
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1040372253	STEFANY PANIAGUA CARDONA	5618000		2025-05-10

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	18.261.918	MARTINEZ	MONTEALEGRE	JOSE	RICARDO	1 X 3 4 5	18 03 1974	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 71 # 25A - 45	ANTIOQUIA	BELLO		3117036177	ecomarmont@gmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario	SI
X 2 3	$ 3.800.000	8	230	1 X	10 05 2025	TECNOLOGO EN OBRAS CIVILES DE INTERVENTORIA		XO

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género	Parentesco	Nivel Educativo*	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa
CC CE PA RC TI							Femenino Masculino	Hijo Hijastro Padrastro Hermano Abuelo Discapacidad	Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Universitario Ninguno		

comfama

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros X Corriente ☐ Número: 27955576348 De la entidad financiera: BANCOLOMBIA

15 MAY 2025 09

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

transaccion

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andres Angel S. Ingeniero Civil NIT. 98.546.133-1	CC. 18.261.918	Recibido		

Cod. 168 - V11

- Original (Comfama) -

VIGILADO Supersubsidio

ARL | sura

Medellín, 15 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C43593703	MARIN VELEZ NATALIA	16/05/2025		21720981	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 15/05/2025 08:33:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.126, 107.154.96.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS | sura

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_5655363

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	CC 98546133 CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA
Afiliado	CC 43593703 NATALIA MARIN VELEZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 3,800,000
Cargo	OTRO
Sucursal	MEDELLIN CL 16 A SUR # 30 - 125 APTO 1601
Fecha de ingreso	10/05/2025
Fecha de radicación	15/05/2025 09:06:52 a.m.
Código de Transacción	198233469
Resultado delReingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 06/2025

Fecha de generación 15/05/2025

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	43.593.703	MARIN	VELEZ	NATALIA		1 X 3 4 5	28 01 1975	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 87A # 32C - 25 APTO 311	ANTIOQUIA	MEDELLIN		3502606657	nathy.marinvelez1108@gmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario	SI	NO
X 2 3	$ 3.800.000	8	230	1 X	10 05 2025	TECNOLOGO EN OBRAS CIVILES DE INTERVENTORIA			X

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD	MM	AAAA	Género: Femenino	Masculino	Parentesco: Hijo	Hijastro	Padrastro	Hermano	Discapacidad	Nivel Educativo*: Primaria	Bachillerato	Técnico	Tecnólogo	Universitario	ETDH	Nombre de la Institución educativa	NIT Institución educativa
CC CE PA RC TI																							

comfama

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros X Corriente ☐ Número: 10282240710 De la entidad financiera: BANCOLOMBIA

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan pignorado, además lo hará únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la página web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es verídica. Autorizo a Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

15 MAY 2025 09

Sello y firma del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andres Angel Ingeniero Civil NIT. 98.546.133-1	Katalia Marín V. CC. 43.593.703	Transacción: Recibido		

Cod. 108-V11

- Original (Comfama) - VIGILADO Supersubsidio

ARL | sura

Medellín, 15 de May de 2025

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 ANGEL SALDARRIAGA CAMILO ANDRES.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL ANTIOQUIA		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1040372253	PANIAGUA CARDONA STEFANY	16/05/2025		m62I1299	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 15/05/2025 08:37:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.129.5.126, 107.154.96.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/05/2025, el empleador CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 98546133 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8779037	15/05/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	18261918	JOSERICARDO MARTINEZ MONTEALEGRE	3800000		2025-05-10
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1040372253	STEFANY PANIAGUA CARDONA	5618000		2025-05-10

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Mayo del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

comfama Afiliación del Trabajador Dependiente y su Grupo Familiar

BP	No. Solicitud	Fecha de Recibo DD	MM	AAAA

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

Datos del empleador

Tipo de Identificación	No. Identificación	D.V	Razón Social/Apellidos y nombres	Teléfono	Ubicación del trabajador dependiente: Agrupación	Sucursal
NIT X CC CE PA RC TI	98.546.133	1	CAMILO ANDRES ANGEL SALDARRIAGA	6044750700		

Datos del trabajador dependiente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Estado civil	Fecha de nacimiento	Género
X CE PA RC TI	1.040.372.253	PANIAGUA	CARDONA	STEFANY		X 2 3 4 5	12 11 1994	X

Datos de residencia del trabajador dependiente

Dirección	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 85# 45C -9	ANTIOQUIA	MEDELLIN		3137402537	stefasst1@gmail.com

Datos laborales

Tipo de Salario	Salario mes	Hrs contratadas día	Hrs contratadas mes	Tipo de contrato	Fecha de ingreso a la empresa	Tipo de actividad/Cargo	Sector Agrario	SI	NO
X 2 3	$ 5.618.000	8	230	1 X	10 05 2025	PROFESIONAL SST DE INTERVENTORIA			X

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

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

Datos de cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Género	Fecha de nacimiento	Ocupación
CC CE PA RC TI								1 2 3 4 5

Datos de las personas a cargo

Tipo de Identificación	No. Identificación	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Género: Femenino, Masculino	Parentesco: Hijo, Padres, Padrastro/Madrastra, Hermano, Nieto, Abuelo	Discapacidad	Nivel Educativo*: Primaria, Bachillerato, Técnico, Tecnológico, Universitario, Ninguno	Nombre de la institución educativa	NIT Institución educativa
CC CE PA RC TI												

comfama

Medio de pago de la cuota monetaria

Autorizo a Comfama para consignar el valor del subsidio - cuota monetaria que pudiese recibir mensualmente en la siguiente cuenta: Ahorros X Corriente ☐ Número: 83150140741 De la entidad financiera: BANCOLOMBIA

15 MAY 2025 09

NOTA: Comfama solo consignará a los trabajadores que tengan derecho al subsidio - cuota monetaria, y no lo tengan pignorado, abonos lo únicamente en la cuenta del trabajador beneficiario. Mayores informes en la pagina web Comfama http://www.comfama.com/.

Declaro bajo la gravedad de juramento que: Toda la información aquí suministrada es veridica. Autorizo Comfama para que por cualquier medio verifique los datos aquí contenidos y que en caso de falsedad se apliquen las sanciones contempladas por la ley.

Firma y sello del empleador	Firma y documento de identidad del trabajador	Sello de recibido en Comfama	Sello de devuelto en Comfama	Sello de ingreso al sistema en Comfama
Camilo Andrés Ángel S. Ingeniero Civil NIT. 98.546.133-1	Stefany Paniagua. cc: 1.040.372.253	Recibido		

Cod. 108 - V11

- Original (Comfama) - Cartera (Caja) - VIGILADO