

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	94372659	FRANK EDWIN ROJAS MARIN	CI 5B # 25-50	00000000	ferojasm@yahoo.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA		FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA		FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)		CANTIDAD	
								EMPLÉADOS	
								1	
								TOTAL A PAGAR	
								\$526.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	231.000	0		0		0	0
									231.000
									1

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	295.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados

TOTALES CAJAS									
NIT					Nombre				
Código CCF					Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	231.000	231.000	231.000
Pensión	1	295.700	295.700	295.700
Riesgos Laborales	0	0	0	0
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	2	526.700	526.700	526.700

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	16/06/2025	87420436	\$526.700

[illegible]



Comprobante en línea
Pago PSE

16 Jun 2025 10:33:58



Pago exitoso
CUS 1557582092

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1

Fecha
16 Jun 2025 10:33:58

Referencia 2
CC

Número de factura
87420436

Referencia 3
94372659

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$526,700

Número de comprobante
TR1033052092

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 8837**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:



Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **FRANK EDWIN ROJAS MARIN** identificado con CC No. **94372659**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - NI. 890399011	Fecha de inicio de cobertura: 10/06/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 06/06/2025 Fecha fin de Contrato: 31/07/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 4

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501016140644.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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