SIIF Nación

# Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante | MHlmurcia | LICETH ADRIANA MURCIA PAZ |
| Unidad o Subunidad Ejecutora Solicitante | 16-01-01-M13 | POLICIA METROPOLITANA DE NEIVA |
| Fecha y Hora Sistema | 2025-05-03-2:28 p. m. | |

## ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 124719125 | **Fecha Registro:** | 2025-04-25 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 16-01-01-M13 POLICIA METROPOLITANA DE NEIVA | | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Pagada | **Nro Obligación:** | 90525 | **Comprobante Contable de la Generación:** | | | |
| **Fecha Máxima Pago:** | 2025-04-29 | **Código de Referencia:** | 04500314900124719125 | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0.00 | | |
| **Valor Bruto:** | 14.950.000,00 | **Valor Deducciones:** | 78.156,00 | **Valor Neto:** | 14.871.844,00 | **Saldo x Pagar:** | 0.00 | | |

## VALORES PAGADOS

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TRM Pago** | | **Valor Bruto** | **14.950.000,00** | Valor Deducciones | 78.156,00 | Valor Neto | **14.871.844,00** | Moneda Base Compra | | **Valor MBC** | |

## REINTEGROS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Números** | | | | **No Recaudo:** | |
| **Bruto Reintegrado Pesos:** | 0,00 | **Reintegrado Deducciones Pesos:** | 0,00 | **Reintegrado Neto Pesos:** | 0.00 |
| **Bruto Reintegrado Moneda:** | 0,00 | **Reintegrado Deducciones Moneda:** | 0,00 | **Reintegrado Neto Moneda:** | 0.00 |

## TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 901189796 | **Razón Social:** | LA SOLUCION COM CO SAS | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

## CUENTA BANCARIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 07497256091 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

| **TESORERIA** | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN | **Número:** | 93-7-10001-25 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION | **Fecha:** | 2025-04-17 |

**Tipo Beneficiario Pago** 01 - Beneficiario final

## ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS

| DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | REC | SIT | VALOR | | VALOR PAGADO | VALOR REINTEGRADO | | USO DE PROYECTOS ESPECIALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PESOS | MONEDA | PESOS | PESOS | MONEDA EXTRANJERA | USO DE PROYECTO | MONEDA | TASA DE CAMBIO | VALOR MONEDA |
| M13D2 DEPARTAMENTO DE POLICÍA HUILA / A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE | | | | | | | | | | | | |
| | Nación | 10 | CSF | 14.950.000,00 | 0,00 | 14.950.000,00 | | | | Pesos | 0,00 | 0,00 |

## DEDUCCIONES

| POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES | | TERCERO | | TARIFA | VALOR | VALOR AJUSTADO PAGO | VALOR REINTEGRADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-01-04-02-01-03 | RETE IVA - SERVICIOS GRAVADOS - REGIMEN COMUN - SERVICIOS | 800197268 | U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES | 15,000 % | 38.076,00 | 38.076,00 | |
| 2-01-04-01-05 | RETEFUENTE - SERVICIO DE VIGILANCIA Y ASEO | 800197268 | U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES | 2,000 % | 26.720,00 | 26.720,00 | |
| 2-01-05-01-97 | RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS | 891180009 | MUNICIPIO DE NEIVA | 1,000 % | 13.360,00 | 13.360,00 | |

## LINEAS DE PAGO VINCULADA

| DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA | VALOR | ATRIBUTO LINEA DE PAGO | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 16-01-01-M13 - POLICIA METROPOLITANA DE NEIVA | 1-2 - ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF | 2025-04-30 | 14.950.000,00 | 05 NINGUNO | Pagada |

Lth adriana murcia

SUBINTENDENTE LICETH ADRIANA MURCIA PAZ
TESORERA POLICIA METROPOLITAN DE NEIVA

SIIF Nación

## Obligación Presupuestal Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHcvaron | CRISTIAN HARLEY VARON CABRA |
| Unidad o Subunidad Ejecutora Solicitante | 16-01-01-M13 | POLICIA METROPOLITANA DE NEIVA |
| Fecha y Hora Sistema: | 2025-04-22-10:00 a. m. | |

### REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 90525 | **Fecha Registro:** | 2025-04-17 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | | 16-01-01-M13 POLICIA METROPOLITANA DE NEIVA | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generada | **Requiere DIP:** | No | **Tipo de DIP:** | | **Nro. Compromiso:** | 27125 |
| **Valor Inicial:** | 14.950.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 14.950.000,00 | **Saldo x Ordenar:** | 14.950.000,00 |
| **Valor Inicial Moneda Original:** | 0,00 | **Valor Total Operaciones Moneda Original:** | 0,00 | | | **Valor Actual Moneda Original:** | 0,00 | **Saldo x Ordenar Moneda Original:** | 0,00 |
| **Valor Deducciones:** | 78.156,00 | **Valor Neto:** | 14.871.844,00 | | | **Valor IVA:** | 253.842,72 | **Nro. Cdp:** | 6425 |
| **Valor Deducciones Moneda:** | 0,00 | **Valor Neto Moneda:** | 0,00 | | | **Atributo Contable:** | 05-NINGUNO | **Comprobante Contable:** | 159699 160065 |

**TERCERO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificacion:** | 901189796 | **Razon Social:** | LA SOLUCION COM CO SAS | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 07497256091 | **Banco:** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo:** | Ahorro | **Estado:** | Activa |

| **CUENTA X PAGAR** | | | | **CAJA MENOR** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 86225 | **Tipo:** | Adquisición de Servicios a Personas Declarantes | **Identificacion:** | | **Fecha de Registro:** | |

**DOCUMENTO SOPORTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 93-7-10001-25 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2025-04-17 |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | ATRIBUTO CONTABLE | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M13D2 DEPARTAMENTO DE POLICÍA HUILA | A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE | Nación | 10 | CSF | 05-NINGUNO | | | | | |
| | | | | | | Total: | 14.950.000,00 | 0,00 | 14.950.000,00 | 14.950.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ASEO A LAS INSTALACIONES DEL COMANDO DEPARTAMENTO DE POLICÍA HUILA VIGENCIA 2025 COMPUESTO POR SEIS OPERARIAS |

**PLAN DE PAGOS**

| DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC | POSICION DEL CATALOGO DE PAC | FECHA DE PAGO | ESTADO | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| 16-01-01-M13 POLICIA METROPOLITANA DE NEIVA | 1-2 ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF | 2025-04-30 | Generada | 14,950,000.00 |

**POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL**

| POSICION DEL CATALOGO DE PAGO | IDENTIFICACION | NOMBRE BENEFICIARIO | BASE GRAVABLE | TARIFA | VALOR DEDUCCION | SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2-01-04-02-01-03 RETE IVA - SERVICIOS GRAVADOS - RÉGIMEN COMÚN - SERVICIOS | NIT 800197268 | U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES | 253,843.00 | 15.000 % | 38,076.00 | 38,076.00 |
| 2-01-04-01-05 RETEFUENTE - SERVICIO DE VIGILANCIA Y ASEO | NIT 800197268 | U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES | 1,336,014.00 | 2,000 % | 26,720.00 | 26,720.00 |
| 2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS | NIT 891180009 | MUNICIPIO DE NEIVA | 1,336,014.00 | 1,000 % | 13,360.00 | 13,360.00 |

SI. JHONY RODRIGUEZ HUERTAS
RESPONSABLE CENTRAL DE CUENTAS MENEV (E)

SI. ANYI YESENIA PORTOCARRERO GRANJA
CONTADOR MENEV

IT. EDWARD ASMED MONJE ORTIZ
JEFE FINANCIERO MENEV

CR. HECTOR IAIRO BETANCOURT ROJAS
ORDENADOR DEL GASTO MENEV (E)

| Pagina: 1 de 2 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0021 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS | |
| Versión: 5 | | |

**Radicado GEPOL No.** GS-2025-028007 -MENEV

**Subintendente**
**JHONY RODRIGUEZ HUERTAS**
**Auxiliar de Cuentas MENEV**

**TURNO No.** 077 R/10

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. SISCO:** | MENEV-2025-16 | **No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN):** | N/A |
| **No. CONTRATO:** | 93-7-10001-25 | **FECHA DE RECIBIDO :** | 10-abr-25 |
| **VALOR PAGO:** | 14.950.000,00 | **NUMERO DE RADICADO SIIF:** | **86225** |
| **VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR :** | **N/A** | **CONTRATISTA:.** | **LA SOLUCION COM CO SAS** |
| **No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO** | FEDA168 | **NIT DEL CONTRATISTA:** | **901189796** |

**DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS**

1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO — SI _____ NO _____X_____

2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO — SI _____ NO _____X_____

3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO — SI _____ NO _____X_____

**ENDOSADA A:** (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICARIO DEL PAGO) N/A **CUENTA BANCARIA:** _____N/A_____

4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) 27125

| | |
|---|---|
| 5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) | x |
| 6. FACTURA ORIGINAL: | x |
| 7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: 1/04/2025 | x |
| 8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: 4200367248 | |
| 8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): N/A | |
| 9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP | X |
| 10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP | X |
| 11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. | N/A |
| 12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP | N/A |
| 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. | N/A |
| 14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, | N/A |

**OBSERVACIONES :** _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI X NO ____

**Subintendente. ELISEO MORENO SEPULVEDA**
**Responsable Estudios Previos**

**ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO**

**REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.**

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____

FIRMA _____

**SI**_____ **NO**_____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____

Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN: _____

| Página 1 de 3 | PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0045 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | CONSTANCIA RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES O SERVICIOS | |
| Versión: 3 | | |

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Palermo, 07 de abril de 2025 |
| Unidad: | Departamento de Policía Huila |
| 2025-16<br>Tipo de contrato | **Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato**<br>Orden de compra<br>Contrato de obra<br>Contrato de consultoría<br>Contrato de prestación de servicios: **X**<br>Contrato de compraventa<br>Contrato de suministro<br>Contrato interadministrativo |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 93-7-10001-25 - MEVEV |
| Constancia de recibido No. | 01 |
| Contratista: | Jaime Andrés Josa Jojoa/ LA SOLUCION.COM.CO S.A.S |
| NIT del contratista: | 901189796-4 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | Prestación del servicio de aseo a las instalaciones del Comando Departamento de Policía Huila vigencia 2025 compuesto por seis operarias |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | No Aplica |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | $104.650.000,00 |
| Plazo de ejecución: | 01/03/2025 al 30/09/2025 para la vigencia 2025 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | No Aplica |
| Lugar de ejecución y/o entrega | El servicio de aseo a las instalaciones del Comando Departamento de Policía Huila vigencia 2025 compuesto por seis operarias, se prestará en el kilómetro 2 parque industrial Palermo edificio D27. |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_ | Ninguno |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Subintendente Carlos Andrés Serrato Vásquez<br>Responsable Activos fijos en servicio DEUIL |

| | |
|---|---|
| Fecha de entrega certificada: | Mes de marzo 2025 |
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2025. | |
| Acta de recepción de bienes | No aplica |

| Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar | Valor a pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DEUIL | 10 | 02-02-02-008-005 | $14.950.000,00 | $$14.950.000,00 | $0 | $14.950.000,00 |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| FEDA No. 168 | 01/04/2025 | $14.950.000,00 | $0 | $14.950.000,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | $14.950.000,00 | **$0** | $14.950.000,00 |

Concepto de cumplimiento: la empresa LA SOLUCION.COM.CO S.A.S / Jaime Andrés Josa Jojoa identificada con el Nit 901189796-4 cumplió a satisfacción con lo establecido en el contrato No 93-7-10001-25 -MENEV de fecha 20 de febrero de 2025, Prestación del servicio de aseo a las instalaciones del Comando Departamento de Policía Huila vigencia 2025 compuesto por seis operarias, según factura electrónica de venta FEDA No. 168 por valor de $14.950.000,00 de fecha 01/04/2025, correspondiente al Departamento de Policía Huila mes de marzo 2025.

Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO si__ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | El contratista se compromete a cubrir el servicio de aseo de las instalaciones en todas las oficinas, salas de juntas, auditorios, alojamientos, baños, pasillos, ascensores, parqueadero, terraza, zona de cafetería y auditorio. | SI | Sin novedad |
| 2 | El contratista se compromete una vez adjudicado el contrato, a presentar ante el supervisor del contrato copia de la hoja de vida del personal que prestara sus servicios, así como la copia del examen de salud ocupacional realizado a los operarios. | SI | Sin novedad |
| 3 | El contratista se compromete a proveer a sus empleados una vez se adjudique el contrato de elementos de protección personal y la dotación necesaria para realizar sus labores diarias de aseo y limpieza. | SI | Sin novedad |
| 4 | El uniforme que utilice el personal del aseo debe ser anti fluido para evitar el contacto de los líquidos. | SI | Sin novedad |
| 5 | El contratista se compromete a vincular al personal que cuenta, para lo cual deberá anexar soportes de pago de aportes parafiscales (salud, pensión y ARL) de cada uno de sus empleados. | SI | Sin novedad |
| 6 | El contratista se compromete manera diaria a realizar el servicio de aseo limpieza y cuidado de bibliotecas, escritorios, áreas comunes, sillas, muebles poltronas, mesas, cortinas, persianas, acrílicos, cuadros, rejillas de ventilación, ventanas interiores, módulos, puertas, paredes, barandas, escaleras, marcos, ceniceros, letreros, plantas interiores, elementos decorativos que lo requieran, lavado de limpiones, lavado ocasional de | SI | Sin novedad |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | manteles y banderas en lavadora, limpieza y vaciado de contenedores de basura, canecas, ceniceros, papeleras, limpieza de los implementos y equipos utensilios usados para el servicio de cafetería entre ellos nevera, estufa, microondas, dispensadores y grecas. | | |
| **7** | El contratista se compromete a realizar la evacuación diaria de desechos de las zonas de aseo y disposición en el lugar destinado, eliminación de suciedad acumulada, hongos, maleza y tierra en las hendiduras de baldosa y ladrillos, lavado de fachadas y vidrios exteriores de las instalaciones altura inferior a 1.50 mts, limpieza de elementos, equipos, utensilios empleados para el servicio de aseo, limpieza de alfombras, tapetes y tapizados, limpieza y desinfección de sanitarios, orinales, lavamanos, duchas, griferías, espejos, paredes, puertas, divisiones de baños y papeleras, abastecimiento de los baños de papel higiénico, tollas de mano, bolsas de basura y jabón de manos, limpieza de patios, aceras, entradas, jardines y antejardines, limpieza y vaciado de contenedores canecas y ceniceros y clasificación de envases de materiales y basuras y puesta a disposición de estos en los lugares adecuados para su disposición el Departamento de Policía Huila le suministrara los insumos y maquinaria necesaria para la prestación del servicio de aseo. | SI | Sin novedad |
| **8** | El contratista se compromete a cumplir y respetar los programas ambientales establecidos por la unidad como el proceso de reciclaje, uso y ahorro de agua y energía, cumplir con los principios del sistema de gestión ambiental, en aplicación a la norma constitucional ley 23 de 1995 y documentos conpes 2834 de 1996 con las políticas de seguridad y salud en el trabajo, en concordancia con los lineamientos establecidos por la Policía Nacional, el decreto 1072 de 2015 y demás normas vigentes, al cumplimiento de la resolución N° 1111 de 2017 por la cual se definen los estándares mínimos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. | SI | Sin novedad |
| **9** | El contratista se compromete a cumplir el sistema de gestiona ambiental y políticas de seguridad y salud en el trabajo, a contribuir con la protección del medio ambiente a través de la prevención de la contaminación, el cumplimiento de la legislación y las diferentes regulaciones ambientales y el control de los impactos ambientales adversos, así mismo el mejoramiento continuo del desempeño ambiental, además sus servicios deberán cumplir con los parámetros establecidos por el sistema de gestión ambiental | SI | Sin novedad |

Subintendente **CARLOS ANDRES SERRATO VASQUEZ**
Responsable Activos Fijos es Servicio DEUIL
**SUPERVISOR DE CONTRATO**

**LA SOLUCION COM CO SAS**
NIT 901189796-4
CL 20 25 19 OF 305, Pasto, Nariño, C.P. 522001
Tel: +573205916527
gerencia@lasolucion.com.co ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

**No. FEDA168**
Responsable de IVA ✓

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SEÑOR(ES)** | POLICIA METROPOLITANA DE NEIVA | | **FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)** |
| **DIRECCIÓN** | CL 21 12 50, Colombia, Neiva, Huila | | 01/04/2025 |
| | | | **FECHA DE VENCIMIENTO** |
| **TELÉFONO** | | **NIT** 900634185-1 | 21/04/2025 |

| ID | Ítem | Unidad | Precio | Cantidad | Descuento | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Servicio de limpieza | Servicio | $2.226.690,49 | 6 | | $13.360.142,97 |
| 2 | AIU | Servicio | $1.336.014,32 | 1 | | $1.336.014,32 |

Moneda: COP
Generado: 2025-04-01 09:46:32-05:00
Validación DIAN: 2025-04-01 09:47:33-05:00

#$16-01-01-M13;93-7-10001-25;carlos.serrato@correo.policia.gov.co#$

Tipo de operación: AIU  Forma de pago: Crédito

**CUFE: 7725f5cb7ed3a04a07d347d9ec85c3f7ebf520ebb4248bc2d314034c5c2a6a5da57ac7b462a4dd460a2dad1545f6bcaa**

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

| | |
|---|---|
| Subtotal | $14.696.157,28 |
| IVA (19.00%) | $253.842,72 |
| Total | $14.950.000,00 |

**Total de lineas: 2**

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764080109770 de 2024-09-24 Modalidad Factura Electrónica Desde N° FEDA84 hasta FEDA2000 con vigencia hasta 2025-09-24

**Representación gráfica de factura de venta electrónica**

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegra S.A.S. - Software: Alegra - NIT 900.559.082-2

San Juan de Pasto, 1 de abril de 2025

## CERTIFICACIÓN

Por medio del presente documento, la suscrita contadora pública Justhine Vanessa Ceballos Arcos y Jaime Andrés Josa Jojoa, representante legal de la empresa **LA SOLUCION COM CO SAS** Identificada bajo el Nit. 901.189.796-4 responsable de IVA. Certifican que la empresa se encuentra a **PAZ Y SALVO** en los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos laborales y parafiscales correspondientes a todos los empleados vinculados por contrato de trabajo hasta el mes de **MARZO 2025** según planilla adjunta, aplicando lo ordenado en Articulo 114-1 del Estatuto Tributario, el cual indica: "Art.114-1 EXHONERACION DE APORTES ( Adicionado por el Articulo 65 de la Ley 1819 de 29 de Diciembre de 2006) Estarán exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) del Instituto Colombiano de bienestar familiar (ICBF) y las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud, las sociedades y personas jurídicas y contribuyentes, declarantes de impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Por lo anterior la empresa se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud– EPS, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales–ARL-, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF- Y Servicio Nacional de Aprendizaje- SENA-.

**JUSTHINE VANESSA CEBALLOS ARCOS**
CC. 1.085.320.157 de pasto
T.P.No.258286-T
Contadora

**JAIME ANDRÉS JOSAJOJOA**
CC. 13.070.338
Representante

Visita nuestra página web: www.lasolucion.com.co

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

99608FBA6AE5C500

**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 **JUSTHINE VANESSA CEBALLOS ARCOS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1085320157 de PASTO (NARIÑO) Y Tarjeta Profesional No 258286-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** ********************************
*******************************************************************
*******************************************************************

Dado en BOGOTA a los 4 días del mes de Febrero 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.085.320.157**
**CEBALLOS ARCOS**

APELLIDOS
**JUSTHINE VANESSA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ABR-1995**
**PASTO**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.63** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**23-ABR-2013 PASTO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

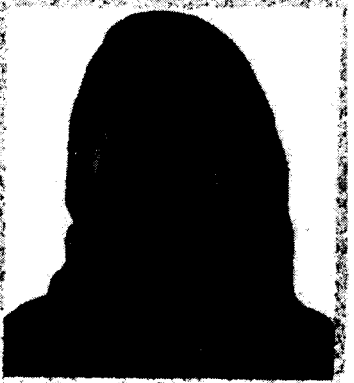
P-2300100-00442426-F-1085320157-20130623 0033587759A 1 40487774

Powered by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

# 258286-T



**JUSTHINE VANESSA**
**CEBALLOS ARCOS**
**C.C. 1085320157**
**RES. INSCRIPCION 282 DEL 27/05/2019**
**UNIVERSIDAD MARIANA**

**ERIC JESUS FLOREZ ARIAS**
**DIRECTOR GENERAL (E)**

268723 288157

Identificación Plástica S.A. 180942/0119

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

Escaneado con CamScanner

ASOPAGOS s.a.

# PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
## PLANILLA NRO. 32913132
## REFERENCIA DE PAGO (PIN):
## Fecha Pago Planilla: 2025-03-21

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | LA SOLUCION COM | TIPO DE PERSONA | Jurídica | TIPO DE DOCUMENTO | NIT |
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | 901189796 | D.V. | 4 | TIPO DE APORTANTE | B menor a 200 empleados |
| DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CENTRO | DEPARTAMENTO | NARINO | MUNICIPIO | PASTO |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 8121 | CORREO ELECTRÓNICO | LASOLUCIONCOM.SAS@GMAIL.COM | TELÉFONO | 3205916527 |
| FAX | 0 | SUCURSAL | 8 | NOMBRE SUCURSAL | 8 |
| TIPO DE ENTIDAD | Privada | ARL | POSITIVA | Tipo de aportante | Empleador |

| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | 13070338 | PRIMER APELLIDO | JOSA | SEGUNDO APELLIDO | JOJOA |
| PRIMER NOMBRE | JAIME | SEGUNDO NOMBRE | ANDRES | | |

| PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN | | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD | | FORMA DE PRESENTACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Año: 2025 | Mes: 02 | Año: 2025 | Mes: 03 | Sucursal |
| Nro. DE TRABAJADORES | | Vlr. TOTAL NÓMINA | | Nro. DE RADICACIÓN |
| 30 | | $35.634.950 | | 32913132 |

| IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO | | | | | | | | | | Salario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Tipo Vinculación | Subtipo Cot | Ext no obl | Colombiano ext | Dpto | Mun | Actividad Eco | Tipo de Salario | Nombres | Salario Básico |
| CC-69009491 | 01 | No | No | No | 86 | 1 | 2812101 | Fijo | ALVARADO SAMBONI DEICY YANET | $1.423.500 |
| CC-52919027 | 01 | No | No | No | 73 | 268 | 2812101 | Fijo | ALVIS CANIZALES KELLY JOHANNA | $1.423.500 |
| CC-27333372 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 2812101 | Fijo | ARAUJO AURA ALICIA | $1.423.500 |
| CC-31308489 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 2812101 | Fijo | CABRERA JURADO MARTHA LILIANA | $1.423.500 |
| CC-1004233686 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | CAICEDO PULISTAR BRAYAN ANDERSON | $1.423.500 |
| CC-1085254419 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 2812101 | Fijo | CORDOBA VILLOTA ELKIN VALENTIN | $1.423.500 |
| CC-34561661 | 01 | No | No | No | 19 | 1 | 5812901 | Fijo | DURAN OROZCO ZORAIDA | $1.423.500 |
| CC-59651173 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 2812101 | Fijo | ERASO MERA LUCY MAGOLA | $1.423.500 |
| CC-30731760 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 2812101 | Fijo | FLOREZ ROSERO ZOILA ROSA | $1.423.500 |
| CC-66806774 | 01 | No | No | No | 19 | 1 | 5812901 | Fijo | GALINDO LUZ AMANDA | $1.423.500 |
| CC-93136271 | 01 | No | No | No | 73 | 268 | 2812101 | Fijo | GARCIA RODRIGUEZ CARLOS ANDRES | $1.423.500 |
| CC-51638444 | 01 | 5 | No | No | 85 | 1 | 5812901 | Fijo | GONZALEZ GONZALEZ ELENA CONSUELO | $1.423.500 |
| CC-4763934 | 01 | No | No | No | 19 | 1 | 5812901 | Fijo | JIMENEZ JOAQUI ERLY SAMIR | $1.423.500 |
| CC-1105675239 | 01 | No | No | No | 73 | 268 | 2812101 | Fijo | LEAL CANIZALES GINA PAOLA | $1.423.500 |
| CC-59314719 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | LEITON ALFARO CLAUDIA JENNIFER | $1.423.500 |
| CC-1085249816 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | LOPEZ ALPALA LUIS ALEXANDER | $1.423.500 |
| CC-1085256895 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | MAIGUAL CERON LEONARD ALFREDO | $1.423.500 |
| CC-1085300661 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | MALES ENUI MIYE | $1.423.500 |
| CC-10026296 | 01 | No | No | No | 19 | 1 | 5812901 | Fijo | MONTOYA ALEX HOMERO | $1.423.500 |
| CC-5468765 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | PACHECO JACOME JHONY FERNANDO | $1.423.500 |
| CC-1105691477 | 01 | No | No | No | 73 | 268 | 2812101 | Fijo | PARRA RODRIGUEZ JOAN SEBASTIAN | $1.423.500 |
| CC-1124848211 | 01 | No | No | No | 86 | 1 | 2812101 | Fijo | PAYAN ESCOBAR LUCELI PATRICIA | $1.423.500 |
| CC-1193536893 | 01 | No | No | No | 73 | 268 | 2812101 | Fijo | PEREZ CAICEDO JEYDER ORLANDO | $1.423.500 |
| CC-1085267394 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | ROSERO DIEGO FERNANDO | $1.423.500 |
| CC-1085302071 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | RUALES CAICEDO JOHN ALEXANDER | $1.423.500 |
| CC-1002962585 | 01 | No | No | No | 19 | 1 | 5812901 | Fijo | RUIZ SANTANDER LIZETH DAYANA | $1.423.500 |
| CC-47433373 | 01 | No | No | No | 85 | 1 | 5812901 | Fijo | SAMUDIO MARTINA | $1.423.500 |
| CC-1061689782 | 01 | No | No | No | 19 | 1 | 5812901 | Fijo | SANCHEZ URREA YASMIN SORANY | $1.423.500 |
| CC-1085309664 | 01 | No | No | No | 52 | 1 | 5812901 | Fijo | TIMANA MALES FERNEY MAURICIO | $1.423.500 |
| CC-10305162 | 01 | No | No | No | 19 | 1 | 5812901 | Fijo | URRUTIA CATUCHE ALEX FERNANDO | $1.423.500 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | ING | Fecha Ing | RET | Fecha Ret | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha Nov Vsp | VTE | VST | SLN | Fecha Sln Inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha Lma Inicio | Fecha Lma Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha Vac Fin | AVP | VCT | Fecha Vct Inicio | Fecha Vct Fin | IRL | Fecha Irp Inicio | Fecha Irp Fin |
| CC - 69009491 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 52919027 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 27333372 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 31308489 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1004233686 | X | 2025-02-19 | X | 2025-02-19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1085254419 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 34561661 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 59651173 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 30731760 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 66806774 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 93136271 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 51638444 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 4763934 | X | 2025-02-28 | X | 2025-02-28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1105675239 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 59314719 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1085249816 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1085256895 | X | 2025-02-03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1085300661 | X | 2025-02-03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 10026296 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 5468765 | X | 2025-02-26 | X | 2025-02-27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1105691477 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1124848211 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1193536893 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1085267394 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1085302071 | X | 2025-02-03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1002962585 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 47433373 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1061689782 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 1085309664 | X | 2025-02-19 | X | 2025-02-20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| CC - 10305162 | X | 2025-02-28 | X | 2025-02-28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | AFP | Dias Cotizados | IBC pensión | Tarifa | Cot Obl | Cot Vol Afil | Cot Vol Aport | Total Cot | Fondo Sol | Fondo Subsistencia | Vlr no ret |
| CC - 69009491 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 52919027 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 27333372 | COLPENSIONES | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 31308489 | PROTECCION | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1004233686 | PROTECCION | 1 | $47.450 | 0.1600000 | $7.600 | $0 | $0 | $7.600 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1085254419 | COLPENSIONES | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 34561661 | COLPENSIONES | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 59651173 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 30731760 | COLPENSIONES | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 66806774 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 93136271 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 51638444 | SINAFP | 0 | $0 | 0.0000000 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 4763934 | COLPENSIONES | 1 | $47.450 | 0.1600000 | $7.600 | $0 | $0 | $7.600 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1105675239 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 59314719 | COLPENSIONES | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1085249816 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1085256895 | PORVENIR | 28 | $1.328.600 | 0.1600000 | $212.600 | $0 | $0 | $212.600 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1085300661 | PORVENIR | 28 | $1.328.600 | 0.1600000 | $212.600 | $0 | $0 | $212.600 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 10026296 | COLPENSIONES | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 5468765 | PORVENIR | 2 | $94.900 | 0.1600000 | $15.200 | $0 | $0 | $15.200 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1105691477 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1124848211 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1193536893 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1085267394 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1085302071 | PORVENIR | 28 | $1.328.600 | 0.1600000 | $212.600 | $0 | $0 | $212.600 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1002962585 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 47433373 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1061689782 | PORVENIR | 30 | $1.423.500 | 0.1600000 | $227.800 | $0 | $0 | $227.800 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 1085309664 | PORVENIR | 2 | $94.900 | 0.1600000 | $15.200 | $0 | $0 | $15.200 | $0 | $0 | $0 |
| CC - 10305162 | PROTECCION | 1 | $47.450 | 0.1600000 | $7.600 | $0 | $0 | $7.600 | $0 | $0 | $0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | | | | | | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | EPS | Dias Cot | IBC salud | Tarifa | Cot Obl | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa | Cot Obl |
| CC - 69009491 | NUEVA E.P.S. S.A. | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 9011897796 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 52919027 | SALUD TOTAL | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 9011897796 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 27333372 | NUEVA E.P.S. S.A. | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 9011897796 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 31308489 | SANITAS | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 17010001 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 1004233686 | SANITAS | 1 | $47.450 | 0.0400000 | $1.900 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 1 | $47.450 | 5 | 0.0696000 | $3.400 |
| CC - 1085254419 | EPS-S EMSSANAR | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 17010001 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 34561661 | EPS-S COOSALUD | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 4 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 59651173 | EPS-S EMSSANAR | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 17010001 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 30731760 | NUEVA E.P.S. S.A. | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 17010001 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 66806774 | SANITAS | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 4 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 93136271 | FAMISANAR | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 9011897796 | 0.0104400 | $14.900 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | | | | | | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | EPS | Dias Cot | IBC salud | Tarifa | Cot Obl | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa | Cot Obl |
| CC - 51638444 | SANITAS | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 5 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 4763934 | EPS SURA | 1 | $47.450 | 0.0400000 | $1.900 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 1 | $47.450 | 5 | 0.0696000 | $3.400 |
| CC - 1105675239 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 9011897796 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 59314719 | NUEVA E.P.S. S.A. | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 4 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 1085249816 | EPS-S EMSSANAR | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 4 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 1085256895 | NUEVA E.P.S. S.A. | 28 | $1.328.600 | 0.0400000 | $53.200 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 28 | $1.328.600 | 5 | 0.0696000 | $92.500 |
| CC - 1085300661 | SANITAS | 28 | $1.328.600 | 0.0400000 | $53.200 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 28 | $1.328.600 | 5 | 0.0696000 | $92.500 |
| CC - 10026296 | SANITAS | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 4 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 5468765 | SANITAS | 2 | $94.900 | 0.0400000 | $3.800 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 2 | $94.900 | 5 | 0.0696000 | $6.700 |
| CC - 1105691477 | NUEVA E.P.S. S.A. | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 9011897796 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 1124848211 | EPS-S EMSSANAR | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 9011897796 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 1193536893 | SALUD TOTAL | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 9011897796 | 0.0104400 | $14.900 |
| CC - 1085267394 | EPS-S EMSSANAR | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 4 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 1085302071 | EPS-S EMSSANAR | 28 | $1.328.600 | 0.1250000 | $166.100 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 28 | $1.328.600 | 5 | 0.0696000 | $92.500 |
| CC - 1002962585 | NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 4 | 0.0696000 | $99.100 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | | | | | | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | EPS | Dias Cot | IBC salud | Tarifa | Cot Obl | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa | Cot Obl |
| CC - 47433373 | NUEVA E.P.S. S.A. | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 5 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 1061689782 | SANITAS | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $1.423.500 | 4 | 0.0696000 | $99.100 |
| CC - 1085309664 | SANITAS | 2 | $94.900 | 0.0400000 | $3.800 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 2 | $94.900 | 4 | 0.0696000 | $6.700 |
| CC - 10305162 | SANITAS | 1 | $47.450 | 0.0400000 | $1.900 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 1 | $47.450 | 5 | 0.0696000 | $3.400 |

| APORTES PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | CCF | Días Cota CCF | IBC Cajas | Tarifa CCF | Aporte CCF | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa Min Edu | Aporte Min Edu |
| CC-69009491 | COMFAMILIAR PUTUMAYO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-52919027 | COMFATOLIMA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-27333372 | CCF DE NARINO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-31308489 | CCF DE NARINO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1004233686 | CCF DE NARINO | 1 | $47.450 | 0.0400000 | $1.900 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1085254419 | CCF DE NARINO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-34561661 | COMFACAUCA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-59651173 | CCF DE NARINO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-30731760 | CCF DE NARINO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-66806774 | COMFACAUCA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-93136271 | COMFATOLIMA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-51638444 | COMFACASANARE | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-4763934 | COMFACAUCA | 1 | $47.450 | 0.0400000 | $1.900 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1105675239 | COMFATOLIMA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-59314719 | CCF DE NARINO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |

| APORTES PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | CCF | Días Cot a CCF | IBC Cajas | Tarifa CCF | Aporte CCF | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa Min Edu | Aporte Min Edu |
| CC-1085249816 | CCF DE NARINO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1085256895 | CCF DE NARINO | 28 | $1.328.600 | 0.0400000 | $53.200 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1085300661 | CCF DE NARINO | 28 | $1.328.600 | 0.0400000 | $53.200 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-10026296 | COMFACAUCA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-5468765 | CCF DE NARINO | 2 | $94.900 | 0.0400000 | $3.800 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1105691477 | COMFATOLIMA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1124848211 | COMFAMILIAR PUTUMAYO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1193536893 | COMFATOLIMA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1085267394 | CCF DE NARINO | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1085302071 | CCF DE NARINO | 28 | $1.328.600 | 0.0400000 | $53.200 | 0.0200000 | $26.600 | 0.0300000 | $39.900 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1002962585 | COMFACAUCA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-47433373 | COMFACASANARE | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1061689782 | COMFACAUCA | 30 | $1.423.500 | 0.0400000 | $57.000 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-1085309664 | CCF DE NARINO | 2 | $94.900 | 0.0400000 | $3.800 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |
| CC-10305162 | COMFACAUCA | 1 | $47.450 | 0.0400000 | $1.900 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |

| TOTALES PARA EL PERÍODO 2025 - 02 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | |
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR COTIZACIÓN VOL AFIL | VLR COTIZACIÓN VOL APOR | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS | DÍAS MORA | VLR INTERESES | VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD | VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA | TOTAL PAGAR |
| COLPENSIONES | 7 | $1.374.400 | $0 | $0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | $0 | $1.374.400 |
| PORVENIR | 19 | $3.857.400 | $0 | $0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | $0 | $3.857.400 |
| PROTECCION | 3 | $243.000 | $0 | $0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | $0 | $243.000 |
| SINAFP | 1 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | $0 | $0 |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR UPC | AUT. IGE | VLR IGE | AUT. DESC LMA | VLR LMA | VLR NETO APORTES DE COT | DÍAS MORA | VLR INTERESES COT OBL | VLR INTERESES UPC | SUBTOTAL APORTES COT | SUBTOTAL APORTES | RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC | TOTAL PAGAR COT OBL | TOTAL PAGAR UPC | FONDO DE SOL SALUD | TOTAL PAGAR |
| EPS-S COOSALUD | 1 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $57.000 | 0 | $0 | $0 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | $0 | $57.000 | $0 | $0 | $57.000 |
| SALUD TOTAL | 2 | $114.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $114.000 | 0 | $0 | $0 | $114.000 | $0 | 0 | $0 | $0 | $114.000 | $0 | $0 | $114.000 |
| EPS-S EMSSANAR | 6 | $451.100 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $451.100 | 0 | $0 | $0 | $451.100 | $0 | 0 | $0 | $0 | $451.100 | $0 | $0 | $451.100 |
| SANITAS | 10 | $349.600 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $349.600 | 0 | $0 | $0 | $349.600 | $0 | 0 | $0 | $0 | $349.600 | $0 | $0 | $349.600 |
| FAMISANAR | 1 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $57.000 | 0 | $0 | $0 | $57.000 | $0 | 0 | $0 | $0 | $57.000 | $0 | $0 | $57.000 |
| NUEVA E.P.S. S.A. MOV | 2 | $114.000 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $114.000 | 0 | $0 | $0 | $114.000 | $0 | 0 | $0 | $0 | $114.000 | $0 | $0 | $114.000 |
| NUEVA E.P.S. S.A. | 7 | $395.200 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $395.200 | 0 | $0 | $0 | $395.200 | $0 | 0 | $0 | $0 | $395.200 | $0 | $0 | $395.200 |
| EPS SURA | 1 | $1.900 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $1.900 | 0 | $0 | $0 | $1.900 | $0 | 0 | $0 | $0 | $1.900 | $0 | $0 | $1.900 |

| TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES | VLR INCAPACIDADES | VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS | VLR NETO APORTES COTIZACIÓN | DÍAS MORA | INT MORA COT OBL | SUBTOTAL APORTES COT | NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL | SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR | FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES | TOTAL PAGAR |
| POSITIVA | 30 | $1.470.900 | 0 | $0 | $0 | $1.470.900 | 0 | $0 | $1.470.900 | 0 | $0 | $0 | $1.470.900 |

| TOTAL APORTES PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | NÚM DE AFIL | VLR TOTAL APORTES | DÍAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR |
| COMFATOLIMA | 5 | $285.000 | 0 | $0 | $285.000 |
| CCF DE NARINO | 14 | $625.100 | 0 | $0 | $625.100 |
| COMFAMILIAR PUTUMAYO | 2 | $114.000 | 0 | $0 | $114.000 |
| COMFACAUCA | 7 | $288.800 | 0 | $0 | $288.800 |
| COMFACASANARE | 2 | $114.000 | 0 | $0 | $114.000 |
| SENA | 1 | $26.600 | 0 | $0 | $26.600 |

| TOTAL APORTES PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | NÚM DE AFIL | VLR TOTAL APORTES | DÍAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR |
| ICBF | 1 | $39.900 | 0 | $0 | $39.900 |
| ESAP | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| MinEdu | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |

| TOTAL A PAGAR | | |
|---|---|---|
| CONCEPTO | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
| SALUD | 8 | $1.539.800 |
| PENSIONES | 3 | $5.474.800 |
| RIESGOS PROFESIONALES | 1 | $1.470.900 |
| CAJAS DE COMPENSACIÓN | 5 | $1.426.900 |
| SENA | 1 | $26.600 |
| ICBF | 1 | $39.900 |
| ESAP | 1 | $0 |
| MINISTERIO DE EDUCACIÓN | 1 | $0 |
| GRAN TOTAL | 1 | $9.978.900 |


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
40.783.897
MORENO VALDONADO
APELLIDOS
GLORIA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1977
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
03-AGO-1996 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
A-4400100-67153511-F-0040783897-20061121
04312 06325A 02 211154230

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**GLORIA MORENO VALDONADO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.783.897**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 01/03/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901189796 |
| **Nombre:** | LA SOLUCION COM CO SAS | | |
| **Dirección:** | KR 28 17 34 OF 203 | | |
| **Departamento:** | NARIÑO | **Municipio:** | PASTO |
| **Correo electrónico:** | servicioalcliente@lasolucion.com.co | | |
| **Teléfono:** | 3205916527 | **Tarifa:** | 1,04400 |
| **Actividad Económica:** | 2812101 LIMPIEZA GENERAL INTERIOR DE EDIFICIOS, INCLUYE LIMPIEZA GENERAL INTERIOR NO ESPECIALIZADA DE TODO TIPO DE EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS, DE OTROS NEGOCIOS Y ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y EDIFICIOS RESIDENCIALES MÚLTIPLES, ESTAS ACTIVIDADES CONSISTEN S | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC - 13070338 | JAIME ANDRES JOSA JOJOA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-013-11452 | 02/03/2025 | CC 40783897 | GLORIA MORENO VALDONADO | 2 | 1,04400 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

Código: 41gpR9aaD8Sme1iBbA23Wg==  Certificado impreso el día 01/03/2025 5:55:01 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**GLORIA**
**MORENO VALDONADO**
CC - 40783897

**LA SOLUCION COM CO SAS**
901189796

CLICK PARA ACTIVAR LOS CAMPOS

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

NIT.900.156.264

FECHA DE RADICACIÓN: 10 DIA MARZO MES 2025 AÑO

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACION [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: a) Cotizante o Cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. REGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCION SOLIDARIA: SI [ ] NO [✓]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. SUBSIDIO

A. AFILIACION

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

9. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO: MORENO | SEGUNDO APELLIDO: VALDONADO | PRIMER NOMBRE: GLORIA | SEGUNDO NOMBRE:

8. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía | 10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40783897 | 11. SEXO BIOLOGICO: M [✓] | 12. SEXO IDENTIFICACION: M [✓] F [ ] NB [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS COLOMBIA | DEPARTAMENTO CAQUETÁ | MUNICIPIO FLORENCIA | 15. FECHA NACIMIENTO: 26 DIA MARZO MES 1977 AÑO

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06. Sin Etnia | 17. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✓] | 18. CUAL DISCAPACIDAD: N/A | 19. TIENE HIJO ESTA AFILIADO: SI [ ] NO [✓] | 20. CLASIFICACION SISBEN: NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACION ESPECIAL | 22. ARL: POSITIVA

23. AFP: PORVENIR | 24. IBC: $ 1.423.500 | 25. TARIFA CONTRIBUCION SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA | TELEFONO CELULAR: 3233246801 | TELEFONO FIJO

DIRECCION: CRA 39B SUR # 23 - 88 | COMPLEMENTO DIRECCION: LIMONAR | CORREO ELECTRONICO: gloretam2529@gmail.com | DEPARTAMENTO: HUILA

MUNICIPIO/ DISTRITO: NEIVA | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✓] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS

## IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR – Datos de identificacion del beneficiario (Conyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLOGICO | 31. SEXO IDENTIFICACION: M [ ] F [ ] NB [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO

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

| | 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NUMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO | 40. FECHA NACIMIENTO (DIA MES AÑO) | 41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAIS DEPARTAMENTO MUNICIPIO) | 42. FECHA DE EXPEDICION (DIA MES AÑO) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario | 44. ETNIA | 45. DISCAPACIDAD SI | 45. DISCAPACIDAD NO | 46. CUAL DISCAPACIDAD | 47. TIENE HIJO ESTA AFILIADO SI | 47. TIENE HIJO ESTA AFILIADO NO | 48. CLASIFICACION SISBEN NIVEL | 48. CLASIFICACION SISBEN GRUPO | 49. DATOS DE CAPACIDAD SI | 49. DATOS DE CAPACIDAD NO | 50. AFP SI | 50. AFP NO | 51. Datos de residencia: DIRECCION | COMPLEMENTO DIRECCION | TELEFONO | MUNICIPIO RESIDENCIA | ZONA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | TELEFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. TIPO DE USUARIO SEGUN NORMATIVIDAD | DIRECCION | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRONICO | 53. IPS | 54. CODIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razon social: LA SOLUCION COM CO SAS | 56. Tipo documento de identificacion: NI - Número Identificación Tributaria | 57. Numero del documento de identificacion: 901189796 | 58. Tipo de aportante o pagador de planilla a registrar por la EPS: DEPENDIENTE

59. Direccion: CRA 28 # 17 - 34 | PAIS COLOMBIA | DEPARTAMENTO NARIÑO | MUNICIPIO PASTO

## VI. REPORTE DE NOVEDADES

9. TIPO DE NOVEDAD
A. INCLUSION EN UNO O VARIOS DE LOS REGIMENES
B. CORRECCION DE DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION
C. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
D. ACTUALIZACION Y CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS
E. SUSPENSION DE LA AFILIACION EN LA EPS. Código .....
F. REPORTE DE PAGO A TRAVES DE UN TERCERO. Código .....
G. INCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
H. EXCLUSION DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

10. INGRESO DE UN AFILIADO LABORAL O ADQUISICION DE CONDICIONES PARA COTIZAR [✓]
11. TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA ESTAR COTIZANTE
12. INCORPORACION EN EL REGIMEN DE PENSIONES AL PERDER EL REGIMEN DE CONTRIBUCION SOLIDARIA
13. SOLICITA ACEPTACION A UNA CATEGORIA DIFERENCIADA PARA PROTEGER A PERSONAS CON ENFERMEDAD HUERFANA
14. NOMINADO:
A) AL PRIMERO CONTRIBUYENTE
B) AL SIGUIENTE SUSTITUTO
15. TRASLADO:
A. MOVILIDAD ENTRE EL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y EL REGIMEN SUBSIDIADO
B. REPORTE DE LA CAUSAL DE TRASLADO
C. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE
D. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
E. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
F. INGRESO A CONTRIBUCION SOLIDARIA
G. PERIODO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA

## VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION

PRIMER APELLIDO: MORENO | SEGUNDO APELLIDO: VALDONADO | PRIMER NOMBRE: GLORIA | SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 40783897 | 62. SEXO BIOLOGICO: M [✓] | 63. SEXO IDENTIFICACION: M [✓] F [ ] NB [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 26 DIA 03 MES 1977 AÑO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 02 DIA MARZO MES 2025 AÑO | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. TIPO DE COMPENSACION FAMILIAR A PAGADOR DE PENSIONES

## VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la misma
72. Declaración de no trasmisibilidad del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [✓]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [✓]
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca contacto a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [✓]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines relacionados informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de sus fronteras regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [✓]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del SISBEN vigente.

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

Si el(la) Cotizante o Cabeza de familia no hace parte de ningún grupo familiar en el que haya cotizante que aporte la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

## IX. FIRMAS

Gloria Moreno — Firmado digitalmente por Gloria Moreno. Fecha: 2025-03-10 20:38:19 -05:00

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Diana Arevalo — Firmado digitalmente por Diana Arevalo. Fecha: 2025-03-10 19:36:11 -05:00

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CC [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] SC [ ] PT [ ] Cantidad [ ] Total [0]

83. Copia de la autorización del cotizante para el descuento de aportes a la seguridad social (que incluye los aportes a salud, pensión y riesgos laborales) y parafiscales, cuando el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio no sea la Administradora de la Información.
84. Copia del documento que acredite la calidad de pensionado.
85. Copia del documento que acredite la calidad de cesante.
86. Documento en el que conste el pago de la cuota moderadora.
87. Copia del documento que acredite la calidad de beneficiario del cotizante.
88. Copia del documento que acredite la calidad de beneficiario del cotizante.
89. Copia del documento que acredite la calidad de los menores bajo custodia y/o de que trata la sentencia de adopción.

Total Anexos [0]

## XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE AFILIACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Codigo del Municipio | Código del departamento | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCION

## XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACION: DIA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACION: DIA MES AÑO

OBSERVACIONES

Avante gestion empresarial Nit. 901030032 Cod. N0987

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VIII del formulario.

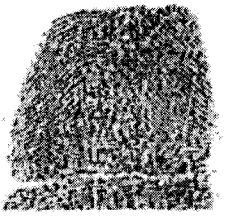
- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 55.160.910
RODRIGUEZ SILVA
APELLIDOS
DIANA PATRICIA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1971
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

07-SEP-1989 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-1900100-00152229-F-0055160910-20050309 0010244936A 1 2474007/09

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**DIANA PATRICIA RODRIGUEZ SILVA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **55.160.910**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/02/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901189796 |
| **Nombre:** | LA SOLUCION COM CO SAS | | |
| **Dirección:** | KR 28 17 34 OF 203 | | |
| **Departamento:** | NARIÑO | **Municipio:** | PASTO |
| **Correo electrónico:** | servicioalcliente@lasolucion.com.co | | |
| **Teléfono:** | 3205916527 | **Tarifa:** | 1,04400 |
| **Actividad Económica:** | 2812101 LIMPIEZA GENERAL INTERIOR DE EDIFICIOS, INCLUYE LIMPIEZA GENERAL INTERIOR NO ESPECIALIZADA DE TODO TIPO DE EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS, DE OTROS NEGOCIOS Y ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y EDIFICIOS RESIDENCIALES MÚLTIPLES, ESTAS ACTIVIDADES CONSISTEN S | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC - 13070338 | JAIME ANDRES JOSA JOJOA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-012-1042552 | 01/03/2025 | CC 55160910 | DIANA PATRICIA RODRIGUEZ SILVA | 2 | 1,04400 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

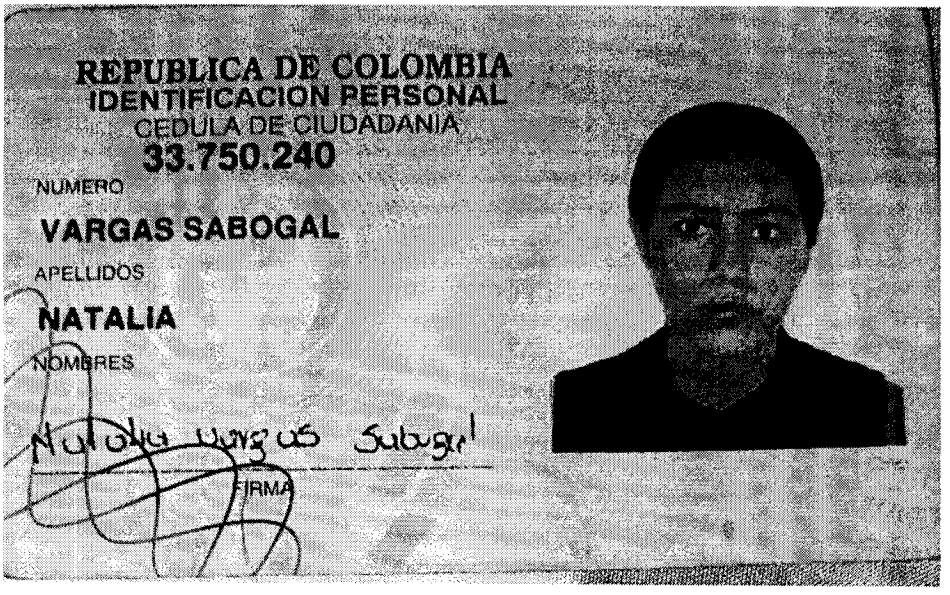
Cordial saludo,

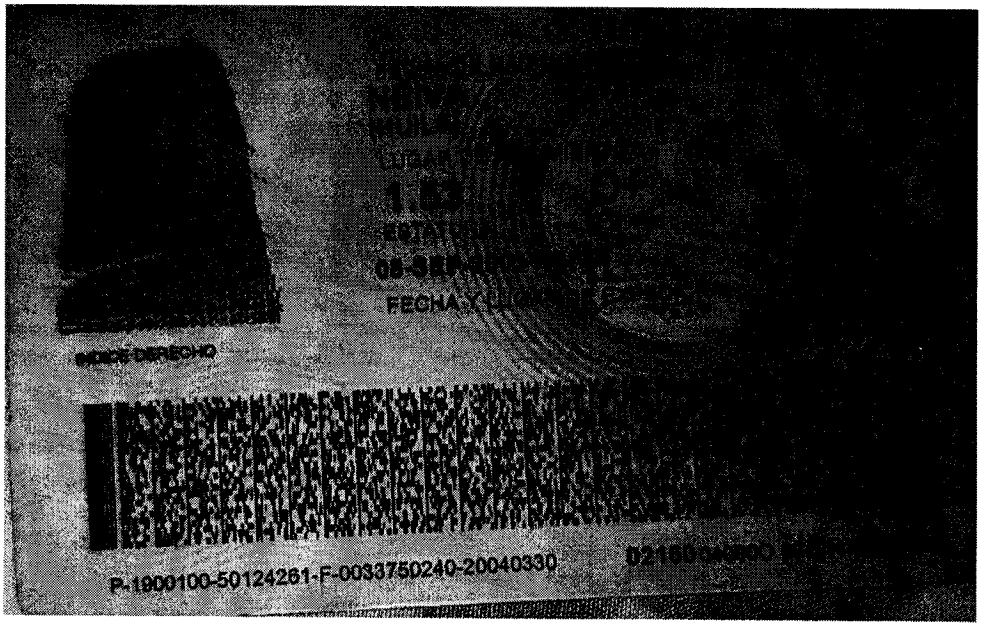
**Gerencia de Afiliaciones y Novedades**
**Positiva Compañía de Seguros S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_07
MIS 4 : 3 FR15 v 07

Código: Jxio+/shXVOipfOyh4cLkA==

Certificado impreso el día 28/02/2025 11:16:47 p. m. por el portal de empresas Edesk


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
33.750.240
NUMERO
VARGAS SABOGAL
APELLIDOS
NATALIA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
P-1900100-50124261-F-0033750240-20040330

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**NATALIA VARGAS SABOGAL,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **33.750.240**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 3 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/02/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901189796 |
| **Nombre:** | LA SOLUCION COM CO SAS | | |
| **Dirección:** | KR 28 17 34 OF 203 | | |
| **Departamento:** | NARIÑO | **Municipio:** | PASTO |
| **Correo electrónico:** | servicioalcliente@lasolucion.com.co | | |
| **Teléfono:** | 3205916527 | **Tarifa:** | 1,04400 |
| **Actividad Económica:** | 2812101 LIMPIEZA GENERAL INTERIOR DE EDIFICIOS, INCLUYE LIMPIEZA GENERAL INTERIOR NO ESPECIALIZADA DE TODO TIPO DE EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS, DE OTROS NEGOCIOS Y ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y EDIFICIOS RESIDENCIALES MÚLTIPLES, ESTAS ACTIVIDADES CONSISTEN S | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC - 13070338 | JAIME ANDRES JOSA JOJOA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-012-1042598 | 01/03/2025 | CC 33750240 | NATALIA VARGAS SABOGAL | 2 | 1,04400 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_11_2_2_FR01 v_07
MIS 4 1 3 FR15 v 07

Código: s2i1skRFxfVFJT/jiabOsQ==

Certificado impreso el día 28/02/2025 11:19:58 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**NATALIA**
**VARGAS SABOGAL**
CC - 33750240

**LA SOLUCION COM CO SAS**
901189796

# 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

RADICADO 0011511718

**Fecha de Radicación**: 01 03 2025

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

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

| 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario | A. Dependiente ✓ B. Independiente C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido: VARGAS | Segundo apellido: SABOGAL | Primer nombre: NATALIA | Segundo nombre: |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CEDULA | 33750240 | Femenino Masculino ✓ | 18 06 1985 |

### III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo: Condición: | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso Base de Cotización - IBC |
|---|---|---|
| POSITIVA | PORVENIR | 1.423.500 |

| 18. Residencia Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| CARRERA 27 No. 53 A 10 QUINTAS SAN LUIS | | 3219651836 | nataliavargassabogal@gmail.com |

| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| NEIVA | Urbana ✓ Rural | | HUILA |

### 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 | |

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 Femenino | 27. Sexo Masculino | 28. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad | Tipo F | Tipo N | Tipo M | Condición T | Condición 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 E.P.S.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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.P.S.) |
|---|---|---|
| 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.P.S.) |
|---|---|---|---|
| LA SOLUCIÓN COM CO SAS | | 901189796 | |

| 39. Ubicación Dirección | Teléfono Fijo | Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CL 20 25 19 OF 305 | 3166193798 | gerencia@lasolucion.com.co | PASTO | NARIÑO |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ | Fecha de Radicación | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| ☐☐☐☐☐☐☐☐ | | | | 01 03 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☐ 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☐ 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☐ 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- ☐ 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |
|---|---|
| Natalia Vargas Sabogal | |

## IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad

| | CN | RC | TI | CC | CE | PA | CD | SC | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad | | | | | | | | | |

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- ☐ 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- ☐ 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- ☐ 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- ☐ 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha / Puntaje / Nivel | 68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A) | 69. Fecha de Validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|
| ☐☐ ☐☐ | | | |

**70. Datos funcionario que realiza la validación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| ☐☐☐☐☐ | | |

**Observaciones:**

| Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial | Sello de radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| C.C. No. | | |

**Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

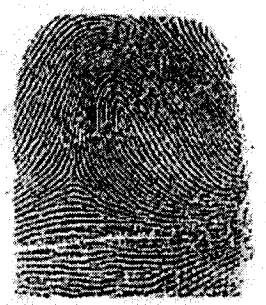
NUMERO **1.075.283.278**

**VASQUEZ ANDRADE**
APELLIDOS

**ERIKA ALEJANDRA**
NOMBRES

Erika A Vasquez A.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-SEP-1994**

**NEIVA**
**(HUILA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.53** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**08-OCT-2012 NEIVA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1900100-00414856-F-1075283278-20121204 **00318**31683A 1 39360701

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/02/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901189796 |
| **Nombre:** | LA SOLUCION COM CO SAS | | |
| **Dirección:** | KR 28 17 34 OF 203 | | |
| **Departamento:** | NARIÑO | **Municipio:** | PASTO |
| **Correo electrónico:** | servicioalcliente@lasolucion.com.co | | |
| **Teléfono:** | 3205916527 | **Tarifa:** | 1,04400 |
| **Actividad Económica:** | 2812101 LIMPIEZA GENERAL INTERIOR DE EDIFICIOS, INCLUYE LIMPIEZA GENERAL INTERIOR NO ESPECIALIZADA DE TODO TIPO DE EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS, DE OTROS NEGOCIOS Y ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y EDIFICIOS RESIDENCIALES MÚLTIPLES, ESTAS ACTIVIDADES CONSISTEN S | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC - 13070338 | JAIME ANDRES JOSA JOJOA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-012-1042624 | 01/03/2025 | CC 1075283278 | ERIKA ALEJANDRA VASQUEZ ANDRADE | 2 | 1,04400 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

Código: yRdLm78zP5KzLulgp5cWDA==

Certificado impreso el día 28/02/2025 11:21:36 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**ERIKA ALEJANDRA**
**VASQUEZ ANDRADE**
CC - 1075283278

**LA SOLUCION COM CO SAS**
901189796

CLICK PARA REINICIAR TODO

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
NIT. 900.156.264-2

N0987

FECHA DE RADICACIÓN: 10 MARZO 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual: A) Cotizante o cabeza de familia [✓] B) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✓]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

9. APELLIDOS Y NOMBRES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| VASQUEZ | ANDRADE | ERIKA | ALEJANDRA |

| 8. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 11. SEXO BIOLÓGICO | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN | 13. NACIONALIDAD | 14. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO) | 15. FECHA NACIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC - Cédula de Ciudadania | 1075283278 | M [✓] F [ ] | M [✓] F [ ] NO INFORMA [ ] Cual? | COLOMBIA | COLOMBIA / HUILA / NEIVA | 16 SEPTIEMBRE 1994 |

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

| 16. ETNIA | 17. DISCAPACIDAD | CAT. DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE HIJO ESTA AFILIADO | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 06. Sin Etnia | SI [ ] NO [✓] | N/A | SI [ ] NO [✓] | | | | | POSITIVA |

| 23. AFP | 24. IBC | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA | TELÉFONO CELULAR | TELÉFONO FIJO |
|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | $ 1.423.500 | | | 3182925091 | |

| DIRECCIÓN | COMPLEMENTO DIRECCIÓN | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO |
|---|---|---|---|
| CALLE 79 A # 1F - 10 | | aloja21216@outlook.com | HUILA |

| MUNICIPIO/ DISTRITO | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA | IPS |
|---|---|---|---|
| NEIVA | | CABECERA MUNICIPAL [✓] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO URBANO [ ] | |

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN | 32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO) | 34. FECHA NACIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | M [ ] F [ ] | M [ ] F [ ] NO INFORMA [ ] Cual? | | | DIA MES AÑO |

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

| | 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO | 40. FECHA DE NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO) | 41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO) | 42. FECHA DE AFILIACIÓN (DIA / MES / AÑO) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. ESTADO CIVIL | 44. PARENTESCO | 45. CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL | 46. TIENE HIJO ESTA AFILIADO | 47. DISCAPACIDAD | 48. CAT. DISCAPACIDAD | 49. DIS. CAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL | 50. PENSIONADO | 51. Datos de residencia | ZONA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI / NO | | | SI / NO | SI / NO | | | |
| 01 | | | | [ ] [ ] | | | [ ] [ ] | [ ] [ ] | | | |
| 02 | | | | [ ] [ ] | | | [ ] [ ] | [ ] [ ] | | | |
| 03 | | | | [ ] [ ] | | | [ ] [ ] | [ ] [ ] | | | |
| 04 | | | | [ ] [ ] | | | [ ] [ ] | [ ] [ ] | | | |
| 05 | | | | [ ] [ ] | | | [ ] [ ] | [ ] [ ] | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. MUNICIPIO DE AFILIACIÓN O RESIDENCIA | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. EPS | 54. CÓDIGO DE LA EPS A PRESENTAR PARA LA UPC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |

## II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Número de dependencia o pagaduría de pensiones (si aplica) |
|---|---|---|---|
| LA SOLUCION COM CO SAS | NI - Número Identificacion Tributaria | 901189796 | 3205916527 DEPENDIENTE |

| 59. Dirección | | | 60. DEPARTAMENTO | 61. MUNICIPIO |
|---|---|---|---|---|
| CRA 28 # 17 - 34 | | | NARIÑO | PASTO |

## III. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. DETERMINACIÓN DE LA PROCEDENCIA DE LA EPS Código
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código
7. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. LA EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA COTIZAR [✓]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PRESTACIÓN DE SERVICIOS (CESACIÓN COTIZANTE) [ ]
11. INCORPORACIÓN AL SISTEMA AL PAGO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. SUSPENSIÓN TEMPORAL POR FALTA DE PAGO [ ]
13. NOVEDAD PARA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. NOVEDAD PARA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
15. SOMOS EPS
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]

16. TRASLADO
A) MISMO REGIMEN [ ]
B) DIFERENTE REGIMEN [ ]
17. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
18. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCION AL CESANTE [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. REPORTE DE LA CALIDAD DE VENDEDOR [ ]
21. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
22. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| VASQUEZ | ANDRADE | ERIKA | ALEJANDRA |

| 62. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 63. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 64. SEXO BIOLÓGICO | 65. SEXO IDENTIFICACIÓN | 66. FECHA NACIMIENTO | 67. EPS ANTERIORES | 68. FECHA DE NOVEDAD | 69. MOTIVO DE TRASLADO Código | 70. TIPO DE CONTRIBUCIÓN PENSIONES O PRIMARIA DE PENSIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC - Cédula de Ciudadania | 1075283278 | M [✓] F [ ] | M [✓] F [ ] NO INFORMA [ ] Cual? | 16 09 1994 | | 01 MARZO 2025 | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencias económicas de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de extensión de vigencia de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no indemnización del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y consiga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorizaciones para que la EPS reporte la información que es generada de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [✓]
75. Autorizo bajo que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [✓]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [✓]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de las horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [✓]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los aportes en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. APELLIDOS Y NOMBRES DEL COTIZANTE O CABEZA DE FAMILIA (Si diligencia esta sección, la información de los grupos familiares que hay que reportar en la Contribución Solidaria)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | | |

## IX. FIRMAS

| Erika Vasquez | Diana Arevalo |
|---|---|
| Firmado digitalmente por Erika Vasquez Fecha: 2025-03-10 19:52:20 -05:00 | Firmado digitalmente por Diana Arevalo Fecha: 2025-03-10 19:56:11 -05:00 |
| 80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio |

## X. ANEXOS

82. Anexo copia de documento de identidad: SI [ ] NO [ ] — Cantidad [ ] — Total [0]
83. Copia del formulario de inscripción del beneficiario diligenciado y firmado. [ ]
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la tarjeta de identidad, cuando se trate de menores de edad. [ ]
85. Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del cotizante, beneficiario, afiliado adicional o cónyuge o compañero (a) permanente, cuando aplique. [ ]
86. Copia del registro civil de matrimonio o de la declaración de unión marital de hecho. [ ]
87. Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad del cotizante. [ ]
88. Documento en que conste la solicitud de la persona autorizada al cotizante para diligenciar el formulario de afiliación. [ ]
89. Copia de la autorización de un tercero para reportar la novedad. [ ]
90. Copia de la autorización de un tercero para realizar el pago. [ ]
91. Copia de la documentación que acredite la calidad de beneficiario o cotizante para la afiliación de aquel. [ ]

Total Anexos [0]

## XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ] — 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

## XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES

| TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN (DIA / MES / AÑO) | 97. FECHA DE VALIDACIÓN (DIA / MES / AÑO) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

OBSERVACIONES

Avante gestion empresarial Nit. 901030032 Cod. N0987

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

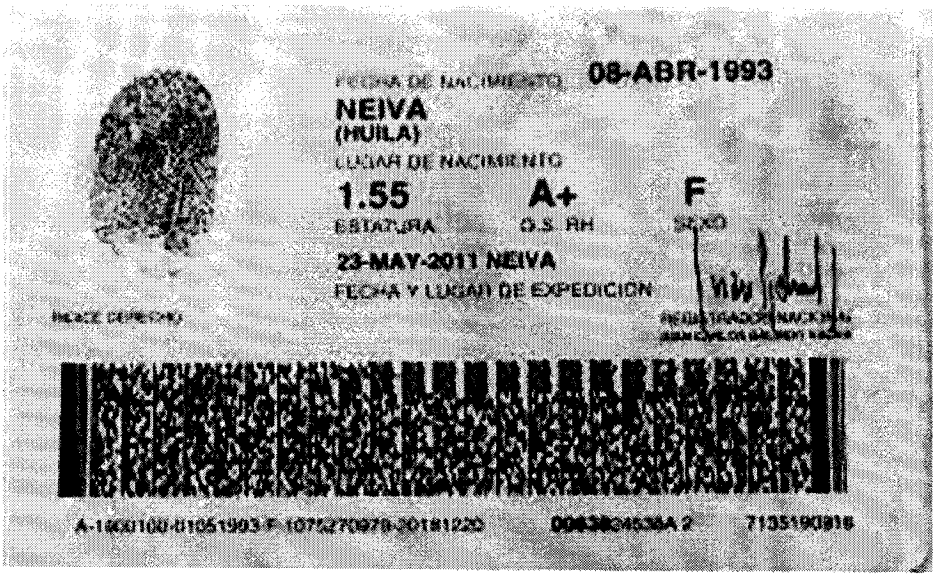
NÚMERO 1.075.270.979
GUTIERREZ ESQUIVEL

APELLIDOS

INGRID JOHANNA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1993
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-MAY-2011 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

A-1600100-01051903-F-1075270979-201#1220 0063834536A 2 7135190816

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **GUTIERREZ ESQUIVEL INGRID JOHANNA** identificado(a) con **CC** número **1.075.270.979** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2020 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 03 de marzo de 2025.

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

20250303215600

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/02/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901189796 |
| **Nombre:** | LA SOLUCION COM CO SAS | | |
| **Dirección:** | KR 28 17 34 OF 203 | | |
| **Departamento:** | NARIÑO | **Municipio:** | PASTO |
| **Correo electrónico:** | servicioalcliente@lasolucion.com.co | | |
| **Teléfono:** | 3205916527 | **Tarifa:** | 1,04400 |
| **Actividad Económica:** | 2812101 LIMPIEZA GENERAL INTERIOR DE EDIFICIOS, INCLUYE LIMPIEZA GENERAL INTERIOR NO ESPECIALIZADA DE TODO TIPO DE EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS, DE OTROS NEGOCIOS Y ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y EDIFICIOS RESIDENCIALES MÚLTIPLES, ESTAS ACTIVIDADES CONSISTEN S | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC - 13070338 | JAIME ANDRES JOSA JOJOA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-012-1042642 | 01/03/2025 | CC 1075270979 | INGRID JOHANNA GUTIERREZ ESQUIVEL | 2 | 1,04400 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

Código: L6dRzXOoIUZkySsVTNPxHQ==  Certificado impreso el día 28/02/2025 11:22:49 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

## EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**INGRID JOHANNA**
**GUTIERREZ ESQUIVEL**
CC - 1075270979

**LA SOLUCION COM CO SAS**
901189796

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • •

9011869358

No. de Radicación: 29029780

Fecha de Radicación: 10 03 2025

Código (a registrar por la EPS)

DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades: X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia: X • Beneficiario o afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo: X; B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante: X; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente: X; B. Independiente; C. Pensionado

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

| 6. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| | GUTIERREZ | ESQUIVEL | INGRID | JOHANNA |

7. Tipo de documento de identidad: CC — 8. Número del documento de identidad: 1075270979 — 9. Sexo: Femenino: X; Masculino — 10. Fecha de nacimiento: 08 04 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia — 12. Discapacidad: Tipo; Condición — 13. Puntaje SISBEN — 14. Grupo de población especial — 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: NINGUNA — 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización (IBC): $1.423.500 — 18. Residencia: Dirección; Teléfono; Departamento; Municipio; Zona: Urbana; Rural

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: Femenino; Masculino — 23. Fecha de nacimiento: 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 | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo: Femenino; Masculino | 28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A | Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | |

| | 31. Discapacidad: Tipo | Condición | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona: Urbana | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional a registrar por la EPS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (A registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| 01 | | |
| 02 | | |
| 03 | | |

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

35. Razón social o nombre: LA SOLUCION COM — 36. Tipo de documento de identificación: NT — 37. Número del documento de identificación: 901189796 — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: CENTRO — NT — Dirección — PASTO — NARIÑO

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación: 2. Corrección de datos básicos de identificación: 3. Actualización del documento de identidad: 4. Actualización y corrección de datos complementarios: 5. Terminación de la afiliación en la EPS: Código: 6. Reactivación en la EPS: 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 9. Inicio de suspensión temporal o adquisición de condiciones para gestar: X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo: B. Régimen Subsidiado: 14. Traslado A. Mismo Régimen: B. Dilarma Régimen: 15. Reporte de fallecimiento: 16. Reporte del inicio de protección al cesante: 17. Reporte de la calidad de Pre pensionado: 18. Reporte de la calidad de Pensionado:

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad — Número del documento de identidad — Sexo: Femenino; Masculino — Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha novedad: 01 03 2025

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 o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no vinculación de cónyuge a Regímenes Compensado, Especial o de Excepción.

48. Declaración de veracidad de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de la madre, padre o del cotizante cabeza de familia reconociendo a menores adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autoriza el tratamiento de datos personales de los afiliados y beneficiarios de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la EPS.

51. Autorización para que la EPS reporte a información sobre el inicio, suspensión y terminación de la afiliación de sus afiliados adicionales, y a las entidades públicas que por ley lo requieran o soliciten.

52. Autorización para que la EPS realice la verificación de los datos suministrados en el presente formulario.

53. Autorización para que la EPS realice la validación y consulta biométrica de la huella dactilar.

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

54. Anexo: copia del documento de identidad: SI NO — Cantidad: — Total:

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de estudios o acta de entrega del mismo.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de afiliación a las entidades autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento — 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha; Puntaje; Nivel — 68. Fecha de radicación — 69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Nombre; Cargo; Dependencia

Tipo de documento de identidad — Número del documento de identidad — OBSERVACIONES: CARGO: ASEADOR

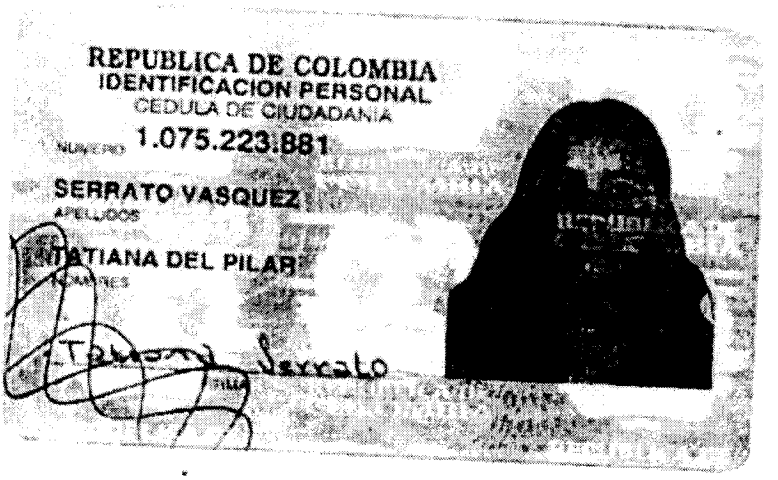
71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

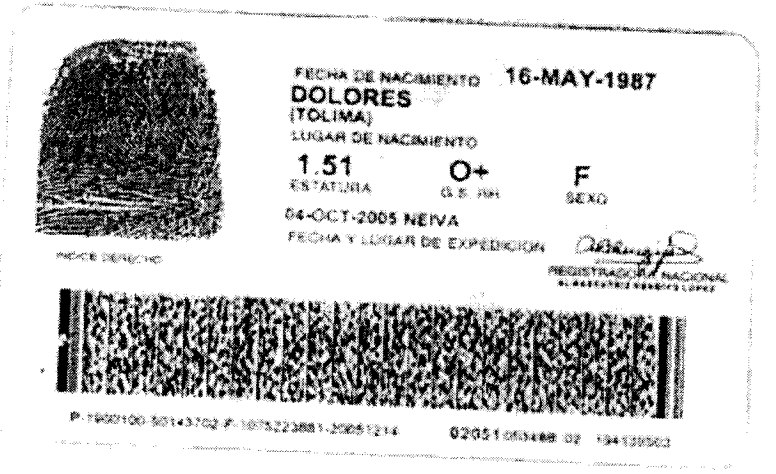
Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Cambio Empleo

INTERNET



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.075.223.881
SERRATO VASQUEZ
APELLIDOS
TATIANA DEL PILAR
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1987
DOLORES
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-OCT-2005 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SERRATO VASQUEZ TATIANA DEL PILAR** identificado(a) con **CC** número **1.075.223.881** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2019 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 03 de marzo de 2025.

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

20250303321544

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/02/2025

## DATOS DE LA EMPRESA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo documento:** | NI | **Número de documento:** | 901189796 |
| **Nombre:** | LA SOLUCION COM CO SAS | | |
| **Dirección:** | KR 28 17 34 OF 203 | | |
| **Departamento:** | NARIÑO | **Municipio:** | PASTO |
| **Correo electrónico:** | servicioalcliente@lasolucion.com.co | | |
| **Teléfono:** | 3205916527 | **Tarifa:** | 1,04400 |
| **Actividad Económica:** | 2812101 LIMPIEZA GENERAL INTERIOR DE EDIFICIOS, INCLUYE LIMPIEZA GENERAL INTERIOR NO ESPECIALIZADA DE TODO TIPO DE EDIFICIOS Y ESTABLECIMIENTOS, DE OTROS NEGOCIOS Y ESTABLECIMIENTOS PROFESIONALES Y EDIFICIOS RESIDENCIALES MÚLTIPLES, ESTAS ACTIVIDADES CONSISTEN S | | |

## DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

| Documento Usuario | Nombres y Apellidos del Usuario |
|---|---|
| CC - 13070338 | JAIME ANDRES JOSA JOJOA |

## DATOS AFILIADOS RADICADOS

| # | Radicado | Cobertura | Documento | Nombre Trabajador | Riesgo | Tarifa | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2025-01-012-1042464 | 01/03/2025 | CC 1075223881 | TATIANA DEL PILAR SERRATO VASQUEZ | 2 | 1,04400 | Dependiente |

## OBSERVACIONES

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

Cordial saludo,

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

Código: s9KxDa4neGKEPnrJwKU/og==

Certificado impreso el día 28/02/2025 11:13:45 p. m. por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

**TATIANA DEL PILAR**
**SERRATO VASQUEZ**
CC - 1075223881

**LA SOLUCION COM CO SAS**
901189796

CLICK PARA REINICIAR TODO

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
Gente cuidando gente
NIT 900.156.264

**I. DATOS DEL TRAMITE** — Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 10 MARZO 2025

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. Otro [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✓]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACION

**II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (Del cotizante o cabeza de familia)**

9. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: SERRATO | SEGUNDO APELLIDO: VASQUEZ | PRIMER NOMBRE: TATIANA | SEGUNDO NOMBRE: DEL PILAR

5. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía | 10. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1075223881 | 11. SEXO BIOLOGICO: ✓ | 12. SEXO IDENTIFICACION: ✓ | Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / HUILA / NEIVA | 15. FECHA NACIMIENTO: 16 MAYO 1987

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

16. ETNIA: 06. Sin Etnia | 17. CONDICION DE DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✓] | 18. DISCAPACIDAD: N/A | 19. TIENE HIJO ESTA SOLICITA: SI [ ] NO [✓] | 20. CLASIFICACION SISBEN: NIVEL / GRUPO | 21. GRUPO POBLACION ESPECIAL | 22. ARL: POSITIVA

23. AFP: PROTECCION | 24. IBC: $ 1.423.500 | 25. TARIFA CONTRIBUCION SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA: TELEFONO CELULAR 3213757541 | TELEFONO FIJO

DIRECCION: CLL 22 SUR # 39A - 09 | COMPLEMENTO Edificio | CORREO ELECTRONICO: zharolatis1701@gmail.com | DEPARTAMENTO: HUILA

MUNICIPIO/ DISTRITO: NEIVA | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [✓] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS

**IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR** – Datos de identificación del beneficiario (Diligenciar si cotizante no permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLOGICO | 31. SEXO IDENTIFICACION | Cual?

22. NACIONALIDAD | 32. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO

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

| | 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO | 40. FECHA NACIMIENTO (DIA MES AÑO) | 41. LUGAR DE NACIMIENTO (PAIS DEPARTAMENTO MUNICIPIO) | 42. ESTADO DE NACIMIENTO (VIVO MUERTO) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 45. OCUPACION | 46. ES PENSIONADO POR INVALIDEZ SI | NO | 47. TIENE HIJO MENOR DE 18 AÑOS SI | NO | 48. NIVEL | GRUPO | 49. ES CAPACIDAD SI | NO | 50. NUMERO DE CARNET DISCAPACIDAD | 51. Datos de residencia DEPARTAMENTO | MUNICIPIO DISTRITO | TELEFONO FIJO | TELEFONO CELULAR | CORREO ELECTRONICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | TELEFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. SEXO DE LA PERSONA QUE APORTA EL DATO | DIRECCION | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRONICO | 53. IPS | 54. CORREO DE LA IPS (A DONDE PUEDE ENVIAR LA ORDEN) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 51 | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | |
| 54 | | | | | | | |
| 55 | | | | | | | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO**

55. NOMBRE O RAZON SOCIAL: LA SOLUCION COM CO SAS | 56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria | 57. Número del documento de identificación: 901189796 | 58. TELEFONO: 3205916527 | 59. Tipo de aportante o relación de pertenencia a la empresa para la EPS: DEPENDIENTE

59. Dirección: CRA 28 # 17 - 34 | CIUDAD RESIDENCIA: NARIÑO | DEPARTAMENTO: PASTO

**VI. REPORTE DE NOVEDADES**

59. TIPO DE NOVEDAD
1. INCORPORACIÓN O DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN CON LA EPS. Código:
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código:
7. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. PERIODO DE COTIZACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA COTIZACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INGRESO O RETORNO AL PAIS Y RECINGO DE COTIZACIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. SUSPENSIÓN
15) Por Mora en el Aporte
16) Por Periodo Subsidiado
17) Por Periodo de Protección Laboral
18. TRASLADO
A) Mismo Vez (Mismo)
B) Diferente Vez (Diferente)
19. REPORTE DE FALLECIMIENTO
20. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
21. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
22. REPORTE DE CAMBIO DE RÉGIMEN
23. INGRESO A LA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
24. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

**VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: SERRATO | SEGUNDO APELLIDO: VASQUEZ | PRIMER NOMBRE: TATIANA | SEGUNDO NOMBRE: DEL PILAR

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1075223881 | 62. SEXO BIOLOGICO: ✓ | 63. SEXO IDENTIFICACION: ✓ | Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: 16 05 1987 | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 01 MARZO 2025 | 67. MOTIVO DE TRASLADO: Código | 68. FECHA DE CONFIRMACIÓN PERMITIR O PRESENTAR EL RETIRO

**VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

69. Declaración de dependencias económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de normas de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no transmisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
75. Acuerdo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del contenido o reserva de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. a). Acuerdo de consentimiento explícito para que Nueva EPS establezcan comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, Whatsapp y otras tecnías, para recibir mensajes informativos.
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los hogares registrados, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

**VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA**

Yo, el cabeza de familia o afiliado adicional del cabeza de familia reportado, la persona de su grupo familiar que haga cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

**IX. FIRMAS**

Tatiana Serrato — Firmado digitalmente por Tatiana Serrato. Fecha: 2025-03-10 20:06:12 -05:00
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Diana Arevalo — Firmado digitalmente por Diana Arevalo. Fecha: 2025-03-10 19:30:11 -05:00
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

**X. ANEXOS**

80. Anexo copia del documento de identidad: [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] PEP [ ] PPT — Cantidad: | Folios: 0
81. Copia del documento de identidad del padre o madre que autoriza la afiliación del menor de edad.
82. Copia del registro civil de nacimiento del menor de edad.
83. Copia del documento de identidad del cotizante o cabeza de familia.
84. Documento que acredite la calidad de beneficiario o cotizante en los casos en que la afiliación sea solicitada por el cotizante de quien se derivan los mismos.
85. Copia del acta de conciliación o sentencia judicial que ordena la afiliación del menor de edad.
86. Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente.
87. Copia del documento de identidad de los padres cuando el menor de edad sea reconocido por ambos.
88. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
89. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
90. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
91. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
92. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
93. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
94. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
95. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
96. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
97. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
98. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
99. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
100. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
101. Copia del documento de identidad del padre o madre que ejerce la custodia y cuidado personal del menor de edad.
Total Anexos: 0

**XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES**

92. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCION

**XII. DATOS DE LA INSTITUCION Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACION.**

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NUMERO DE IDENTIFICACION | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACION | 97. FECHA DE VALIDACION

OBSERVACIONES:
Avante gestion empresarial Nit. 901030032 Cod. N0987

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VIII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Powered by CamScanner