COMUNICACIÓN ACEPTACIÓN DE OFERTA No. CAR-MC-2779-2025
DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN DE MÍNIMA CUANTÍA No. CAR-MC-010-2025

Bogotá D.C.

Señor
FRANKLEN CARLOS SUTA PICO
C.C. 86.052.365
Representante legal
GEOTECHNICAL S.A.S
NIT. 900.217.608-5
CARRERA 87 NO. 72 A-23 - Bogotá D.C.
Teléfono: 2522646 / 3112874887
Correo electrónico: Carlos_suta04@hotmail.com

ASUNTO. Aceptación de Oferta CAR-MC-2779-2025 resultante del proceso de Mínima Cuantía CAR-MC-010-2025.

Respetado señor

La **CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE CUNDINAMARCA - CAR**, representada por **BLANCA MIRYAM GÓMEZ PERDOMO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.075.211.983 , quien actúa en calidad de Secretaria General (E) de la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca - CAR, nombrada mediante la Resolución DGEN 20257000212 del 06 de junio del 2025 y posesionada con Acta No. 073 del 09 de junio de 2025, debidamente facultado para celebrar contratos, según Resolución No. 20247000016 del 4 de enero de 2024, expedida por el Director General de la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca - CAR, y quien en adelante se denominará como **LA CORPORACIÓN**, le comunica que acepta en su integridad la oferta presentada el 06 de junio de 2025 a través de la plataforma SECOP II, dentro del proceso de selección del asunto, por parte de **GEOTECHNICAL S.A.S**., con NIT. 900.217.608-5 representado por usted.

Se le informa que la presente Comunicación de Aceptación, junto con la Oferta constituyen para todos los efectos el respectivo contrato, según lo establecido en el literal d. del artículo 30 de la Ley 2069 de 2020, que modificó el artículo 2 de la Ley 1150 de 2007.

En consecuencia, ponemos en conocimiento las condiciones a las que se supeditará la ejecución del objeto de este:

1) **OBJETO.** ESTUDIOS DE CAMPO Y ENSAYOS DE LABORATORIO A LAS OBRAS DE INGENIERÍA EJECUTADAS EN EL MARCO DEL CONVENIO CAR No. 2667 DE 2020, SUSCRITO CON LA UNGRD, EN LA QUEBRADA NEGRA DEL MUNICIPIO DE QUEBRADANEGRA.

2) **ALCANCE DEL OBJETO.** Desarrollar campañas de exploración geotécnica y estructural directa y realizar ensayos de laboratorio en las tres zonas del proyecto con el fin de obtener datos que permitan realizar una evaluación técnica del estado de las obras construidas.

3) **OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.**

GENERALES:

El contratista se obliga para con la Corporación a desarrollar las siguientes actividades, respecto de las obligaciones que le sean encomendadas para el efecto por el supervisor:

1. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca o maneje por causa o con ocasión de la ejecución del contrato, estipuladas en el formato TIC-MN-04 MANUAL DE POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN adoptado mediante resolución 3293 del 15 de octubre de 2019. Podrá consultar en el siguiente link https://www.car.gov.co/vercontenido/2303.

2. Cumplir con el objeto del contrato, dentro del término y las condiciones acordadas.

3. Cumplir las indicaciones, recomendaciones y/o sugerencias impartidas por el encargado del control y vigilancia del contrato y las demás que sean inherentes al objeto de la contratación.

4. Presentar los informes que le indique el supervisor.

5. Ejecutar las actividades objeto del proceso contractual, de conformidad con las especificaciones técnicas establecidas en la invitación pública, así como en la propuesta y la correspondiente aceptación de oferta.

6. Ejecutar las actividades objeto del contrato, con el personal mínimo requerido por la Corporación y ofrecido en la propuesta. Cualquier cambio de personal deberá ser previamente sometido a aprobación de la Corporación. Solamente se aceptarán dichas modificaciones por personal de iguales o superiores condiciones de formación académica y experiencia a las ofrecidas en la propuesta.

7. Realizar las actividades, de conformidad con los requerimientos que le efectúe la Corporación y de acuerdo con la propuesta presentada y acatando las instrucciones que durante el desarrollo del Contrato imparta la Supervisión designado por la Corporación.

8. Será de cargo del contratista la remuneración, prestaciones sociales y aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscal a que haya lugar. Afiliar a su personal a los Sistemas de Seguridad Social en salud y pensiones, estar al día en sus pagos incluyendo sus obligaciones parafiscales durante la vigencia del contrato. (Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje –Sena).

9. Constituir la garantía única que avale las obligaciones surgidas del contrato de acuerdo a los amparos solicitados; así como ampliar y modificar sus vigencias en los eventos en que conforme a la Ley lo solicite la Corporación.

10. Cumplir con las obligaciones consagradas en el artículo 5 de la Ley 80 de 1993.

11. Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, y en la etapa post-contractual evitando las dilaciones y entrabamientos que pudieren presentarse.

12. El contratista se compromete a mantener indemne a la Corporación de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa las actuaciones del contratista.

13. El contratista debe cumplir con todos los requisitos exigidos dentro del sistema HSEQ de la Corporación (Calidad, Salud, seguridad y ambiente).

14. Cumplir a cabalidad el reglamento y las normas expedidas de Higiene y Seguridad.

15. El Contratista deberá verificar el cumplimiento y desempeño del personal propuesto y de ser necesario, deberá remplazar a aquellos que no cumplan con las expectativas, conforme a los informes presentados por la Supervisión del contrato, dichos profesionales deberán tener las mismas o mejores calidades profesionales del personal ofrecido en su oferta. (Incluir si se requiere personal en los Estudios Previos)

16. Mantener comunicación directa y constante con la Supervisión, con el fin garantizar la acción oportuna ante imprevistos y la atención a las inquietudes y quejas que se susciten con relación a la ejecución de las actividades del contrato.

17. Al finalizar el contrato, los contratistas deberán anexar al acta de liquidación los PAZ Y SALVO por concepto de salarios de su personal contratado.

18. El contratista debe cumplir con todos los requisitos legales aplicables al desarrollo del objeto del contrato.

19. Colocar y mantener la señalización de la obra y demás dispositivos de seguridad.

20. Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto del contrato.

ESPECÍFICAS:

El contratista se obliga para con la Corporación a desarrollar las siguientes actividades, respecto de las obligaciones específicas que le sean encomendadas para el efecto por el supervisor:

1. Cumplimiento del contrato en las condiciones definidas en el mismo garantizando calidad y tiempo de entrega de los productos.
2. Contar con los equipos necesarios para dar cumplimiento a todas y cada una de las actividades contratadas, teniendo en cuenta una alta variabilidad de los materiales presentes en la zona de estudio, donde se tiene previsto encontrar materiales plásticos y/o sueltos, aluviales así como también rocas meteorizadas.
3. Para las actividades propias de exploración geotécnica directa, el contratista deberá tener en cuenta el trámite de permisos a que haya lugar, los trasteos entre sitios de perforación y la disponibilidad de todos y cada uno de los componentes de los equipos, tales como coronas de diamantes, cajas para transporte de muestras y los demás a que hubiere lugar.
4. Dar estricto cumplimiento a las especificaciones técnicas del contrato, efectuando los apiques y las perforaciones en los lugares referenciados de acuerdo a los planos de localización o a lo indicado por la Supervisión.
5. Entregar cada mes, durante el tiempo de ejecución del proyecto, informes parciales de avance de las actividades, con sus correspondientes soportes como lo son los registros de campo de cada exploración, formatos informe avance diario de actividades, registro fotográfico, resultados de ensayos de laboratorio y los demás a que hubiere lugar.
6. Dar estricto cumplimiento a las especificaciones técnicas del contrato, efectuando los ensayos de campo, de acuerdo con los requerimientos de la normatividad vigente en cuanto a características y tipo de equipos.
7. Se deberá garantizar la presencia del personal mínimo requerido en las labores de exploración directa en la zona de estudio.
8. Dar estricto cumplimiento a las especificaciones técnicas del contrato, efectuando los ensayos de laboratorio conforme a las normas que apliquen, en un laboratorio de suelos certificado, que cuente con los certificados de calibración de cada una de las maquinas y/o equipos utilizados en dichos procesos, con fecha de expedición no menor a un (1) año, emitido por entes acreditados ante la ONAC.
9. Dar estricto cumplimiento a las especificaciones técnicas del contrato, en el sentido de que el laboratorista que realizará los ensayos de laboratorio, debe acreditar el grado de técnico en el Sena o tecnólogo con experiencia mínimo 10 años en este tipo de trabajos.
10. Se deberá contar con GPS navegador en campo para toma de coordenadas de todos y cada uno de los puntos de exploración.
11. Garantizar la idoneidad y competencia del personal que realizará las acciones de perforación, toma de las muestras (alteradas e inalteradas), así como los ensayos de laboratorio.
12. Garantizar el perfecto estado de los equipos, herramienta y maquinaria usados durante el desarrollo de las labores de exploración geotécnica directa.
13. Realizar muestreo continuo y por lo menos se tendrá que tomar una muestra por cada metro de perforación, utilizando técnicas de muestreo que garanticen la menor alteración de las mismas.
14. Deberá presentarse el registro fotográfico de cada una de las muestras obtenidas en campo durante el muestreo, con base en lo cual se elaborará y someterá a aprobación del Supervisor la programación de ensayos de laboratorio a realizarse a las muestras (alteradas e inalteradas) obtenidas en cada uno de los sondeos.
15. Todas las muestras obtenidas en la fase de exploración deberán trasladarse de forma adecuada a un laboratorio de suelos certificado.
16. El Contratista se compromete a entregar a la Corporación las zonas intervenidas en las condiciones iniciales.
17. Tener en cuenta los requerimientos del Sistema Integrado de Gestión de la Corporación (NTC GP 1000).
18. Las demás que se emanen de las disposiciones señaladas en la invitación publica, la oferta presentada y la Ley.
19. Las demás que la CORPORACIÓN considere pertinentes y las que se deriven de la naturaleza del Contrato.

4) OBLIGACIONES DE LA CORPORACIÓN.

1. Designar el Supervisor del contrato, que represente a la Corporación.
2. Ejercer la supervisión técnica de las actividades, garantizando que el contratista ejecute adecuada y oportunamente el objeto del contrato.
3. Vigilar el cumplimiento de las diferentes etapas de la ejecución del contrato.
4. Verificar el cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas en los estudios previos y en el contrato.
5. Realizar oportunamente los pagos, establecidos en el contrato, teniendo en cuenta la forma de pago establecida.
6. Suscribir las actas necesarias durante la ejecución del contrato.

7. Verificar la afiliación, pago oportuno y completo de los aportes a los Sistemas de Seguridad Social Integral en Salud, Pensión, Riesgos laborales y Aportes a Parafiscales de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.
8. Terminar y liquidar el contrato
9. Las demás que tiendan al cumplimiento del objeto del contrato.

5) OBLIGACIONES DEL SUPERVISOR.

1. Velar porque se cumplan los principios de transparencia, economía, responsabilidad, equilibrio económico y objetividad por las partes involucradas en el contrato.
2. Velar de manera imparcial, por el cabal cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.
3. Informar oportunamente a las partes del contrato sobre las fallas que se presenten en su ejecución.
4. Exigir al contratista el cumplimiento idóneo y oportuno del objeto del contrato.
5. Expedir las correspondientes certificaciones donde conste el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del contratista.
6. Absolver pronta y eficazmente las consultas que se le formulen ya sea en relación al contrato como en su ejecución.
7. Informar oportunamente a la Secretaría General, el incumplimiento de las obligaciones por parte del contratista, a fin de adoptar las medidas legales pertinentes e imponer por parte del funcionario competente, si es el caso, las sanciones a que haya lugar.
8. Dejar constancia por escrito de las anomalías que se presenten en la ejecución del contrato, concretando en cada caso en qué consisten, e informar de tal situación en forma inmediata a LA CORPORACIÓN, con el fin de adoptar las medidas legales pertinentes.
9. Proteger y hacer respetar por El CONTRATISTA, los derechos de la CORPORACIÓN.
10. Solicitar al contratista los informes que sean necesarios para la adecuada vigilancia del desarrollo del contrato.
11. Realizar y suscribir las Actas de Iniciación, Recibo, suspensión, modificación, terminación del Contrato y las demás que surjan en desarrollo de la actividad contractual.
12. Adelantar revisiones periódicas de la ejecución del contrato, con el objeto de verificar que se cumplan las condiciones ofrecidas por el contratista.
13. En general las que de conformidad con la Ley considere necesarias desplegar para el cabal cumplimiento del Contrato y las contenidas en el Manual de Contratación e Interventoría de la CORPORACIÓN.
14. Llevar a cabo la verificación y garantizar la publicación de la información en el SECOP II, que sobre la ejecución contractual se genere.
15. Solicitar ante la secretaria general las modificaciones pertinentes (adición, prórroga, la prórroga y adición y/o modificatorios al contrato), con una antelación de por lo menos quince (15) días calendario a la fecha en que se pretenda suscribir el documento, diligenciando para el efecto, el correspondiente formato de justificación de la misma, siempre y cuando se identifique la necesidad por parte de la entidad y la misma se justifique de manera precisa.

6) PRODUCTOS.

PRODUCTOS y/o INFORMES A ENTREGAR:

1. Informe mensual de las actividades desarrolladas durante el periodo, que contenga como mínimo: resumen de las actividades de campo realizadas, registro fotográfico fotografías de la zona y de cada una de las muestras obtenidas debidamente rotuladas), relación de equipos utilizados, certificados de calibración de los equipos, informe de laboratorio con tablas y/o gráficos de los ensayos de campo y laboratorio realizados, recomendaciones y conclusiones técnicas de las muestras. Adicionalmente se deberá entregar los soportes de pago de seguridad social y parafiscales del personal que participe durante la ejecución del proyecto en cada periodo.
2. Informe final que contenga el total de la exploración de campo, ensayos de campo y de laboratorio con su correspondientes registros de campo originales y procesados, registro fotográfico (fotografías de la zona y de cada una de las muestras

obtenidas debidamente rotuladas), cuadros resumen de resultados de ensayos de laboratorio y la totalidad de los resultados de los ensayos de laboratorio, debidamente firmados y avalados por el laboratorio donde fueron realizados, acompañados de las, certificaciones de calibración de los equipos utilizados para la realización de los ensayos de laboratorio, pagos de seguridad social y paz y salvo con el personal contratado durante la ejecución del presente contrato.

PARÁGRAFO 1: Los informes deberán ser presentados en un (1) original en físico y dos (2) copia en medio magnético.

PARÁGRAFO 2: Toda la información debe ser presentada en Idioma castellano.

PARÁGRAFO 3: Cada uno de los informes y productos objeto del contrato deberás ser presentados conforme a lo establecido en las Especificaciones Técnicas Detalladas.

7) **VALOR.** Para todos los efectos legales y fiscales, el valor del presente contrato es por un valor de **NOVENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIEN PESOS M/CTE. ($97.958.100)**, INCLUIDO IVA Y TODO COSTO DIRECTO E INDIRECTO, de conformidad con los precios unitarios ofertados por el proponente, los cuales se relacionan a continuación:

ANEXO N°2					
PROPUESTA ECONOMICA					
ITEM	**DESCRIPCIÓN**	**UND**	**CANTIDAD (A)**	**VALOR UNITARIO (B)**	**VALOR TOTAL C = (AxB)**
1	**PERFORACIÓN MECÁNICA POR ROTACIÓN**				
1.1	Perforación mecánica por roto percusión y lavado (agua recirculada) en suelo duro. Con recuperación de muestras, tubería NQ.	ML	72	453.774,00	32.671.728,00
2	**ENSAYOS DE LABORATORIO IN SITU**				
2.1	Línea geofísica de 50m con MASW	UND	6	4.880.045,00	29.280.270,00
3	**ENSAYOS DE LABORATORIO**				
3.1	Humedad Natural	UND	24	15.478,00	371.472,00
3.2	Limites de Atterberg	UND	24	78.161,00	1.875.864,00
3.3	Granulometría por tamizado con lavado	UND	24	89.880,00	2.157.120,00
3.4	Peso unitario en suelo	UND	30	33.631,00	1.008.930,00
3.5	Compresión inconfinada [muestra de tubo Shelby] -incluye PU, Wn, gráfica	UND	10	98.068,00	980.680,00
3.6	Carga puntual (por norma)	UND	20	68.266,00	1.365.320,00
3.7	Corte Directo Consolidado no drenado [3 Puntos] "CU"	UND	5	798.175,00	3.990.875,00
4	**ENSAYOS ANEXOS**				
4.1	Ensayo de resistencia a la compresión de núcleos de concreto (incluye extracción)	UND	20	259.794,00	5.195.880,00
4.2	Ensayo de Ferroescan	DIA	1	1.672.300,00	1.672.300,00
4.3	Ensayo de Esclerometría	UND	10	77.000,00	770.000,00
4.4	Ensayo de Carbonatación	UND	10	62.550,00	625.500,00
4.5	Ensayo de Ultrasonido Indirecto	UND	3	117.264,00	351.792,00
				SUBTOTAL	**$82.317.731,00**
			IVA	**19%**	$15.640.369,00
				TOTAL PROPUESTA ECONOMICA	**$97.958.100,00**

8) **FORMA DE PAGO.** La Corporación cancelará el valor del contrato resultante del proceso de selección en moneda legal colombiana, de la siguiente manera:

PAGOS PARCIALES hasta el 95% del valor total del contrato contra avance de ejecución. Para realizar el pago se debe anexar la correspondiente factura por parte del contratista, recibido a satisfacción por parte del Supervisor, así como la constancia del pago de los Aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y/o Aportes Parafiscales por parte del contratista. Si falta uno de los documentos citados anteriormente no será posible gestionar el pago respectivo.

UN ÚLTIMO PAGO equivalente al 5% del valor total del contrato, estará sujeto a la entrega de la totalidad (100%) del servicio y/o bienes facturados y a la suscripción del Acta de Liquidación del contrato.

PARAGRAFO 1. Para efectos de **cada uno de los pagos**, el contratista **deberá** adjuntar la correspondiente factura y/o cuenta de cobro (según régimen aplicable: común o simplificado), así como la constancia del pago de los Aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y/o Aportes Parafiscales, certificación de encontrarse a paz y salvo con el personal según corresponda. Los pagos se realizarán previa presentación del informe correspondiente y aprobación por parte de la **Supervisión.**

PARAGRAFO 2. La acreditación de Aportes parafiscales se deberá efectuar de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

PARAGRAFO 3. El contratista debe indicar el número de cuenta activa y el nombre del titular de la misma en donde La CORPORACIÓN consignará los respectivos pagos. Cuando se realicen contratos con autoretenedores, deberán informar en la factura esta condición a fin de no realizar retención alguna. El contratista debe manifestar la aceptación expresa de la forma de pago establecida por La CORPORACIÓN.

PARAGRAFO 4: El contratista asumirá todos los impuestos, tasas y similares que se deriven de la ejecución del contrato, de conformidad con la Ley Colombiana.

9) **PLAZO DE EJECUCIÓN.** El plazo de ejecución del contrato a celebrar será de **TRES (3) MESES** contados a partir de la suscripción del Acta de Inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, y ejecución del contrato.

10) **LUGAR DE EJECUCION.** La ejecución del contrato se realizará en la Quebrada Negra, zona rural del municipio Quebradanegra, jurisdicción de la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca.

11) **APROPIACIÓN PRESUPUESTAL**. El valor del presente contrato se encuentra respaldado mediante el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 25603508 del 20 de mayo de 2025, expedido por la Dirección Administrativa y Financiera – DAF de la CORPORACIÓN.

12) **GARANTÍAS.** Dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de suscripción del contrato, el CONTRATISTA otorgará a favor de LA CORPORACIÓN, como mecanismo de cobertura del riesgo y en calidad de garantía una póliza de seguros que ampare los riesgos derivados del incumplimiento de las obligaciones, así:

1. **De Cumplimiento del Contrato**: por una cuantía equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, vigente por el término de duración del mismo y cuatro (04) meses más.

2. **El pago de salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales, del personal que el contratista haya de utilizar para la ejecución de las obligaciones del contrato**: por una cuantía equivalente al cinco por ciento (5%) del valor total del contrato, con una duración igual a la vigencia del contrato y tres (3) años más.

3. **De Calidad del servicio**: por una cuantía equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del contrato, con una vigencia igual al plazo de ejecución del contrato y doce (12) meses más.

PARÁGRAFO 1. El CONTRATISTA se obliga a cargar en la plataforma del SECOP II las pólizas requeridas en el presente numeral, en un término máximo de cinco (5) días calendario contados a partir de la suscripción del presente contrato.

PARÁGRAFO 2. Las garantías señaladas en este numeral requieren de la aprobación por parte de la CORPORACIÓN y serán modificadas en los eventos que la CORPORACIÓN lo exija de conformidad con la normativa vigente.

PARÁGRAFO 3. Las garantías señaladas deberán cumplir con lo establecido en el acápite de los Estudios Previos denominado ANÁLISIS QUE SUSTENTA LA EXIGENCIA DE GARANTÍAS y en el numeral 3.5 GARANTÍAS, que se encuentran dentro de la Invitación Pública.

PARÁGRAFO 4. En caso de que haya necesidad de adicionar, prorrogar o suspender la ejecución del contrato resultante, el contratista se obliga a modificar la garantía única de acuerdo con las normas legales vigentes.

PARÁGRAFO 5. El contratista deberá mantener vigente la garantía única y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de su constitución.

13) **CONTROL Y VIGILANCIA DEL DESARROLLO DEL CONTRATO.** La supervisión para el cumplimiento estricto del objeto de la contratación, de conformidad con el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011, será ejercida por el **DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA AMBIENTAL - DIA (Código 100 – Grado 22)** , quien representará a la entidad ante el contratista para efectos del contrato que se suscriba.

PARÁGRAFO. El Supervisor deberá cumplir las funciones previstas para el efecto en la ley y demás normas concordantes en la materia, los estudios previos, Manuales de Contratación y de Supervisión e Interventoría, adoptados por la CORPORACIÓN y en general las que de conformidad con la Ley considere necesarias desplegar para el cabal cumplimiento del contrato.

14) **SANCIONES.** La CORPORACIÓN podrá imponer sanciones conforme a lo estipulado en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y acorde con el procedimiento establecido en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.

15) **MULTAS.** En caso de mora o de incumplimiento parcial de alguna(s) de las obligaciones contractuales a cargo del CONTRATISTA, la CORPORACIÓN impondrá de manera unilateral y directa, multas diarias sucesivas del **UNO** por ciento **(1%)** del valor total del contrato, sin que éstas puedan sobrepasar el **DIEZ** por ciento **(10%)** del valor mismo. La imposición de las multas se efectuará por el Director Operativo de la entidad o su delegado, mediante Acto Administrativo, que se proferirá debidamente motivado y previa audiencia al CONTRATISTA. Su liquidación será incluida por el supervisor en las actas parciales o final, según sea el momento, en que se ocasionen y, su cobro se efectuará descontando el valor de las mismas en los pagos parciales y/o final, según sea el caso.

En el evento que no puedan ser descontadas del saldo a favor del CONTRATISTA o que éste no las pague oportunamente dentro del mes siguiente a la fecha de ejecutoria del acto administrativo que las impone, la CORPORACIÓN, podrá hacerlas efectivas directamente o incluirlas en la liquidación final del contrato, la cual prestará mérito ejecutivo en contra de aquel y su cobro podrá efectuarse con cargo a la garantía de cumplimiento.

16) **CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA.** En caso de presentarse un incumplimiento total o parcial de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, éste deberá pagar a la CORPORACIÓN a título de CLÁUSULA PENAL, una suma equivalente al **DIEZ** por ciento **(10%)** del valor total del contrato incluidos los reajustes del mismo. El valor de dicha indemnización se podrá cobrar, previa audiencia y expedición del Acto Administrativo debidamente motivado, que señale los perjuicios que llegare a sufrir la CORPORACIÓN. Su liquidación podrá incluirse en el acto administrativo respectivo o en el Acta de Liquidación final del contrato. La CORPORACIÓN, la hará efectiva con cargo al saldo que le adeude al CONTRATISTA por este contrato o a la garantía única de cumplimiento, y si no fuere posible, lo hará por la vía coactiva.

17) **INDEMNIDAD.** El CONTRATISTA se obliga a mantener libre a la CORPORACIÓN de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones provenientes de terceros, que tenga como causa las actuaciones del CONTRATISTA, o las de sus subcontratistas o dependiente.

18) **EJECUCIÓN.** Para su ejecución se requiere la expedición del registro presupuestal, aprobación de las garantías y suscripción del acta de inicio.

Entiéndase que la Comunicación de Aceptación de Oferta, junto con la oferta constituye para todos los efectos el contrato celebrado, por tanto, queda a cargo del CONTRATISTA todas las obligaciones a él inherentes, acorde con lo estipulado en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y demás normas vigentes. De igual forma, deberá tener presente el pago a los aportes de seguridad social integral en salud y pensión y parafiscales, cuando a este último haya lugar.

Hace parte integral del presente documento, la Invitación del proceso de contratación de Mínima Cuantía CAR-MC-003-2025, y el CONTRATISTA se compromete a cumplir con lo establecido en los documentos en mención. De la

misma manera hace parte del presente documento los estudios previos, la oferta del contratista y demás documentos que correspondan al proceso.

De acuerdo con el artículo 7 de la Ley 527 de 1999, el Decreto 2364 de 2012 y el concepto firmado el 2 de enero de 2018 por Colombia Compra Eficiente respecto a "*contrato electrónico, firma electrónica y validez de los documentos del SECOP II*", el presente contrato se entenderá perfeccionado con la aceptación de las partes en el SECOP II o en la plataforma equivalente y conforme a la legislación aplicable.

Proyectó: Gabriel Alejandro Quintero Sánchez - Contratista SGEN

Revisó: Blanca Miryam Gómez Perdomo- Directora Operativa - SGEN

ACTA DE INICIO CONTRATO No. 2779 DE 2025

INFORMACIÓN GENERAL:

Mediante la suscripción de la presente acta de inicio, el supervisor o interventor y el contratista asumen plena responsabilidad de la veracidad de la información en ella contenida.

OBJETO DEL CONTRATO: ESTUDIOS DE CAMPO Y ENSAYOS DE LABORATORIO A LAS OBRAS DE INGENIERÍA EJECUTADAS EN EL MARCO DEL CONVENIO CAR No. 2667 DE 2020, SUSCRITO CON LA UNGRD, EN LA QUEBRADA NEGRA DEL MUNICIPIO DE QUEBRADANEGRA.	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:** 13 de junio de 2025
LUGAR DE EJECUCIÓN: La ejecución del contrato se realizará en la Quebrada Negra, zona rural del municipio Quebradanegra, jurisdicción de la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca.	**MODALIDAD DEL CONTRATO:** CONTRATACION MINIMA CUANTIA
PLAZO DE EJECUCIÓN: TRES (3) MESES	**VALOR:** NOVENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIEN - PESOS M/CTE. ($97,958,100.00).
FECHA DE INICIACIÓN: 26 de junio de 2025	**FECHA DE TERMINACIÓN:** 25 de septiembre de 2025
ANTICIPO: ☐ **PAGO ANTICIPADO:** ☐ **NO APLICA:** ☒	**VALOR DEL ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO:**
SUPERVISOR ☒ **INTERVENTOR** ☐ **NOMBRE:** YACIR ANTONIO RAMIREZ LUENGAS **IDENTIFICACIÓN:** C.C. 13500197 **CARGO:** DIRECTOR DE INFRAESTRUCTURA AMBIENTAL **DEPENDENCIA:** DIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA AMBIENTAL **MEMORANDO O CONTRATO DE DESIGNACIÓN:** 20253054905	**NÚMERO DE CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL (CRP) Y FECHA:** R.P. No. 25803497 del 16/06/2025
CONTRATANTE: Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca - CAR. NIT: 899999062-6	**CONTRATISTA:** GEOTECHNICAL S.A.S **IDENTIFICACIÓN:** NIT 900217608

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO GARANTÍAS APLICA: ☒ NO APLICA: ☐

ASEGURADORA	TIPO DE GARANTÍA	No. DE GARANTÍA	FECHA APROBACIÓN

Para efectos legales, se firma en la ciudad de Bogotá, el día 26 del mes de junio del año 2025.

CONTRATISTA
GEOTECHNICAL S.A.S
NIT 900217608

SUPERVISOR/INTERVENTOR
YACIR ANTONIO RAMIREZ LUENGAS
DIRECTOR DE INFRAESTRUCTURA AMBIENTAL
C.C. 13500197

GEOTECHNICAL S.A.S

NIT: 900217608-5

Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA

Persona Jurídica

CR 87 72 A 23, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3123250205

Email. firmasdig@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764085294990 válida desde 2024-12-13 hasta 2025-12-13 rango desde FVEG11 hasta FVEG100.

Nombre o Razón Social: CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE CUNDINAMARCACAR
NIT : 899999062
Dirección: AVDA DE LA ESPERANZA 62 49P 7, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3108874265
Email: sau@car.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Total de Lineas: 13

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **FVEG46**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **12:19:18-05:00**
FECHA FIRMADO: **11/11/2025 12:19:23**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
11	11	2025	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	002	PERFORACION MECANICA POR ROTACION Perforación mecánica por roto percusión y lavado (agua recirculada) en suelo duro. Con recuperación de muestras, tubería NQ.	EA	68,40	$453.774,00	IVA	19%	$5,897,246.90	0,00	$31.038.141,60
2	LINEA	LINEA GEOFISICA DE 50 M CON MASW	EA	5,70	$4.880.045,00	IVA	19%	$5,285,088.74	0,00	$27.816.256,50
3	HUMEDAD	HUMEDAD NATURAL	EA	21,85	$15.478,00	IVA	19%	$64,256.92	0,00	$338.194,30
4	Partida arancelaria	LIMITES DE ATTERBERG	EA	23,75	$78.161,00	IVA	19%	$352,701.51	0,00	$1.856.323,75
5	011	PESO ESPECIFICO PRECIO UNITARIO EN SUELO	EA	20,90	$33.631,00	IVA	19%	$133,548.70	0,00	$702.887,90
6	22	ENSAYOS DE RESISTENCIA A LA COMPRESION DE NUCLEOS DE CONCRETO (INCLUYE EXTRACCION)	EA	19,00	$259.795,00	IVA	19%	$937,859.95	0,00	$4.936.105,00
7	22	ENSAYOS DE FERROESCAN	EA	0,95	$1.672.300,00	IVA	19%	$301,850.15	0,00	$1.588.685,00
8	22	ENSAYOS DE ESCLEROMETRIA	EA	19,00	$77.000,00	IVA	19%	$277,970.00	0,00	$1.463.000,00
9	22	ENSAYOS DE CARBONATACION	EA	19,00	$62.550,00	IVA	19%	$225,805.50	0,00	$1.188.450,00
10	22	ENSAYOS DE ULTRASONIDO INDIRECTO	EA	2,85	$117.264,00	IVA	19%	$63,498.46	0,00	$334.202,40
11	015	GRANULOMETRIA POR TAMIZADO CON LAVADO	EA	22,80	$89.880,00	IVA	19%	$389,360.16	0,00	$2.049.264,00
12	COMPRESION	COMPRESION INCONFINADA (MUESTRA DE TUBO SHELBY) INCLUYE PU, WN, GRAFICA	EA	4,75	$98.068,00	IVA	19%	$88,506.37	0,00	$465.823,00
13	CORTE	CORTE DIRECTO CONOLIDADO NO DRENADO (3 PUNTOS)CU	EA	4,75	$798.175,00	IVA	19%	$720,352.94	0,00	$3.791.331,25

Firma Digital: ISfSK4TnxiIHIPSUU4FAifrDgpdM4tDjT5H3KU0822o+uSCNQxHWO2UUJwZJ4Odc
9mWdkIFCvlb1yxg4+C4UidQVBMDWmcBDITlOPgZmsaDFRQVRxn
K+ihXzlR+jPkKR Wf8nnttrO7aRpkm1hpnwq9G+8cMeXALxTlqbHmsQNBeGHaPeLlx1WdAunc2AUwKQ av2MF+aEtQ+sr0Lbiluk6pdtyVu3gOG5xlK
i06bnlHNCJOy26fdb3ejHf+TEBC6O US6akBNR40MjLBXIeU3MtBHmbc5CprW2vJ0HlZqlGq6F747Ja/VZ9xRrZVDPBtx+ 88lFUhs/YqcQ4DRtrYBs
dw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Notas:		
	Subtotal:	$77.568.664,70
	Cargos:	$0.00
	Descuento:	$0.00
SON: (noventa y dos millones trescientos seis mil setecientos once pesos)	**IVA:**	$14.738.046,30
CUFE: 5e8a0dced6783c6e72bb5cc67e5c719bb9f97b17c85f1e921c779ee5a7db3251765a439ba83f0094eec3fd637ce9c55d	**Total:**	$92.306.711,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	$77.568.664,70	19,00%	$14.738.046,30

Firma Digital: ISfSK4TnxiIHIPSUU4FAifrDgpdM4tDjT5H3KU0822o+uSCNQxHWO2UUJwZJ4Odc
9mWdkIFCvlb1yxg4+C4UidQVBMDWmcBDITlOPgZmsaDFRQVRxn
K+ihXzlR+jPkKR Wf8nnttrO7aRpkm1hpnwq9G+8cMeXALxTlqbHmsQNBeGHaPeLlx1WdAunc2AUwKQ av2MF+aEtQ+sr0Lbiluk6pdtyVu3gOG5xlK
i06bnlHNCJOy26fdb3ejHf+TEBC6O US6akBNR40MjLBXIeU3MtBHmbc5CprW2vJ0HlZqlGq6F747Ja/VZ9xRrZVDPBtx+ 88lFUhs/YqcQ4DRtrYBs
dw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141175838786

(415)7707212489984(8020) 000014117583878 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 0 8	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
GEOTECHNICAL S.A.S

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 87 72 A 23

42. Correo electrónico CARLOS_SUTA04@HOTMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 5 2 2 6 4 6	3 1 1 2 8 7 4 8 8 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
4 2 9 0	2 0 0 8 0 5 0 2	7 1 1 2	2 0 0 8 0 5 0 8	7 7 3 0	4 9 2 3	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5													

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141175838786

(415)7707212489984(8020) 000014117583878 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 0 8	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 5	
72. Número	0 0 7 1 8	
73. Fecha	2 0 0 8 0 4 2 2	
74. Número de notaría	1 0	
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 8 0 5 1 4	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 1 8 0 1 9 2 3	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde	2 0 0 8 0 4 2 2	
81. Hasta	2 0 1 8 0 4 2 2	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 5 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141175838786

(415)7707212489984(8020) 000014117583878 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 0 8	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 0 8 0 5 1 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	8 6 0 5 2 3 6 5		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
SUTA	PICO	FRANKLEN	CARLOS

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL SUPL 1 9	2 0 0 8 0 5 1 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	2 1 2 4 0 5 1 6		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
PICO	DE SUTA	NUBIA	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141175838786

(415)7707212489984(8020) 000014117583878 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 0 8	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

1

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	8 6 0 5 2 3 6 5		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
SUTA	PICO	FRANKLEN	CARLOS

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
9,900,000		9 0 2 0 0 8 0 5 1 4	

2

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad
Cédula de Ciudada 1 3	2 1 2 4 0 5 1 6		COLOMBIA 1 6 9

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres
PICO	DE SUTA	NUBIA	

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro
100,000		0 2 0 0 8 0 5 1 4	

3

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

4

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

5

111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad

115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres

119. Razón social

120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141175838786

(415)7707212489984(8020) 000014117583878 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 0 8	5	Impuestos de Bogotá	3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada

147. Fecha de nombramiento

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 5 4 4 6 2 1		6 4 1 6 5 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
GOMEZ	MENDEZ	LILIANA	ISABEL

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento
2 0 1 5 0 4 0 1

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141175838786

(415)7707212489984(8020) 000014117583878 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 2 1 7 6 0 8	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Construcción de otras obras de ingeniería civil 4 2 9 0	
162. Nombre del establecimiento: GEOTECHNICAL LTDA		
163. Departamento: Bogotá D.C. 1 1	164. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1	
165. Dirección: CR 70 G NO. 79 28		
166. Número de matrícula mercantil: 0 1 8 0 1 9 5 5	167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 0 8 0 5 1 4	
168. Teléfono: 2 5 2 6 3 9 6	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764085294990

(415)7707212489984(8020) 001876408529499 0

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900217608	5				

11. Razón social
GEOTECHNICAL S.A.S

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

Cód. 32

24. Dirección
CR 87 72 A 23

25. País	26.Departamento	27. Municipio
Colombia	Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684 - 2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 000165 del 01/11/2023, por la cual se dictan otras disposiciones en materia de sistemas de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal o apoderado debidamente acreditado; determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote dicha numeración antes de culminar su vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo con el tramite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar; no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de dichos rangos.

El formato oficial 1876 Autorización numeración de facturación es único e intransferible, solo surte efecto durante la vigencia para el titular del mismo, por ende, su custodia y divulgación es exclusiva responsabilidad del facturador. El uso no autorizado del formato o su adulteración puede tener consecuencias de tipo penal.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del solicitante

Firma del funcionario autorizado

DIAN
2024-12-13 / 09:41:09 AM
Fecha Acuse de Recibo
Firmado

984. Apellidos y nombres
985. Cargo
989. Dependencia
990. Lugar administrativo SUBDIRECCION DE FACTURA ELECTRONICA Y SOLUCI
991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION
992. Área
993. Establecimiento

1001. Apellidos y nombres SUTA PICO FRANKLEN CARLOS
1002. Tipo documento Cédula de Ciudadanía
1003. No. Identiflcación 86052365 1004. DV 9
1005. Cod. Representación Representante Legal Principal
1006. Organización GEOTECHNICAL S.A.S

997. Fecha formalización 2024-12-13/09:41:09

AUTORIZADO

DIAN

Autorización Numeración de Facturación

1876

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 18764085294990

(415)7707212489984(8020) 001876408529499 0

5. Número de Identificación Tributaria - NIT	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
900217608	5				

11. Razón social

GEOTECHNICAL S.A.S

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

	29. Establecimiento	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
1	GEOTECHNICAL LTDA CR 70 G NO. 79 28	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	4	FVEG	11	100	12	HABILITACIÓN	2
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

AUTORIZADO

CERTIFICACION ACREDITACION PAGO DE APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

A QUIEN INTERESE.

Yo, **LILIANA ISABEL GOMEZ MENDEZ,** identificado con cédula de ciudadanía No 39.544.621 y tarjeta profesional 64165-T, en mi condición de Contador de **GEOTECHNICAL SAS,** con Nit: 900.217.608-5 certifico que se han efectuado el pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales exigidos por la Ley y nos encontramos al día y a paz y salvo por todo concepto relacionado con dichos aportes de los periodos de junio, junio y agosto.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordante.

Dada en Bogotá a los (05) cinco días del mes de septiembre de 2025.

Firma:



REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.544.621**

GOMEZ MENDEZ

APELLIDOS

LILIANA ISABEL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUN-1968**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-OCT-1986 ENGATIVA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500114-47150094-F-0039544621-20060905 **05133** 06247N 02 186039184

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

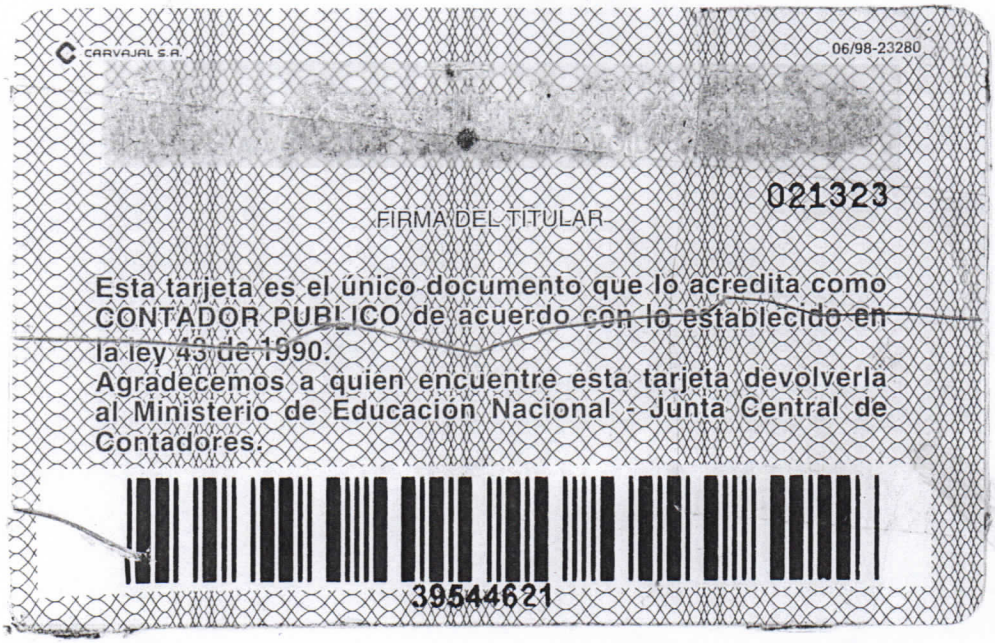


64165-T

LILIANA ISABEL
GOMEZ MENDEZ
C.C. 39544621
RESOLUCION INSCRIPCION 33 FECHA 15/04/99
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Presidente

00072400



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

BB3A4D531A969 1D2

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 **LILIANA ISABEL GOMEZ MENDEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 39544621 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 64165-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 19 días del mes de Agosto 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 86.052.365
SUTA PICO
APELLIDOS
FRANKLEN CARLOS
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-FEB-1977
ARAUQUITA
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
02-MAR-1995 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00203313-M-0086052365-20091214
0019042969A 1
1250344000


REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA
Y SUS PROFESIONES AUXILIARES
MATRICULA No 2520210493 6 ND
INGENIERO CIVIL
DE FECHA 19/02/2004
SUTA PICO
FRANKLEN CARLOS
C.C. 86052365
UNIVERSIDAD MILITAR N. EVA
GRANADA
PRESIDENTE DEL CONSEJO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14563669935

(415)7707212489984(8020) 000001456366993 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 5 2 3 6 5	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 6 0 5 2 3 6 5	1 9 9 5 0 3 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SUTA	PICO	FRANKLEN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 70 G 79 28

42. Correo electrónico: firmasdig@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 5 2 6 3 9 6	3 1 1 2 8 7 4 8 8 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
4 2 9 0	2 0 0 4 0 9 0 1	4 9 2 3	2 0 0 7 1 2 1 7			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 01

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ANEXO 6



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4197768

LARA CORTES
APELLIDOS

JOSE HELI
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-AGO-1965
PAUNA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

12-DIC-1983 PAUNA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
FEAR OUGUE ESCOBAR

A-1500107-42105843-M-0004197788-20021008 02404 02281A 01 1304402931

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JOSE HELI LARA CORTES** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **4197768**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 4197768
NOMBRES Y APELLIDOS	JOSE HELI LARA CORTES
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	255
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47
EMPLEADOR(ES)	NI 901068951 NYC INGENIERIA SAS DESDE 28/09/2023

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **04/09/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9002956 correspondiente a la empresa Nyc Ingenieria Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JOSE HELI LARA CORTES	C.C.	4,197,768	29/09/2023	RIESGO V	6.960	CTRAB5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 4 de septiembre de 2025 a las 10:05:06 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE HELI LARA CORTES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.197.768**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

GEO TECHNICAL S.A.S. CONSULTORIA Y OBRAS CIVILES LABORATORIO DE SUELOS – PAVIMENTOS - CONCRETOS	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR JOSE LARA **CC.** 4

CARGO DEL TRABAJADOR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA CLAUDIA URREA **C.C.** 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	10/05/2025	Jose Lara									
GAFAS	1	10/05/2025	Jose Lara									
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	10/05/2025	Jose Lara									
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	1	10/05/2025	Jose Lara									
GUANTES DE CARNAZA	1	10/05/2025	Jose Lara									
CAMISA	1	10/05/2025	Jose Lara									
PANTALÓN	1	10/05/2025	Jose Lara									
IMPERMEABLE	1											
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	10/05/2025	Jose Lara									
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	N/A											
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE	N/A											
TAPABOCAS	6		Jose Lara									
FAJA	1		Jose Lara									

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1743834319

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
01/09/2025

Número de aprobación
00834319

Dirección IP
201.245.251.238

Valor transacción
$ 863.600,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.245.251.238	NIT	901068951

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	02	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	01/09/2025	88712441	$863.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	108.000	0		0		0	52	3.600	0	111.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	432.000	0	0	0	0	52	14.200	0	446.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	188.000				188.000	52	6.200	194.200			1.880	194.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	108.000	52	3.600	111.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	52	0	0	0
ICBF				
0	52	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	108.000	111.600
Pensión	1	432.000	446.200
Riesgos Laborales	1	188.000	194.200
CCF	1	108.000	111.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	836.000	863.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVO	02	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	01/09/2025	88712441	$863.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4197768	LARA CORTES JOSE HELI	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS010	2.700.000	108.000	14-4	2.700.000	5	188.000	CCF24	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
762430860

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
01/09/2025

Número de aprobación
02231513

Dirección IP
181.55.180.173

Valor transacción
$ 836.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.66.253	NIT	901068951

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88591419	$836.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	108.000	0		0		0	0	0	0	108.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	432.000	0	0	0	0	0	0		432.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	188.000				188.000	0	0	188.000			1.880	188.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	108.000	0	0	108.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	108.000	108.000
Pensión	1	432.000	432.000
Riesgos Laborales	1	188.000	188.000
CCF	1	108.000	108.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	836.000	836.000

PAGADA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88591419	$836.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4197768	LARA CRTES JOSE HELI	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS010	2.700.000	108.000	14-4	2.700.000	5	188.000	CCF24	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **98.430.232**

ALEGRIA CAICEDO

APELLIDOS

YIMER SILVIO

NOMBRES

Yimer Silvio

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1975**

FRANCISCO PIZARRO (SALAHONDA)
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

14-MAR-1996 TUMACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01194365-M-0098430232-20201229 **0072**59132A 1 9914194500

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YIMER SILVIO ALEGRIA CAICEDO** identificado con **CC** No. **98430232**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
GEOTECHNICAL S A S - NI. 900217608	**Fecha de inicio de cobertura :** 10/07/2012 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501015163492.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

...to de Inscripción, ...y Modificación del ...lor y Grupo Familiar.

Marque con una X y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso.

Servicios [ ] Subsidio [X]

1. Inscripción del trabajador y familia [ ]
2. Adición de personas a cargo del trabajador ya inscrito [ ]
3. Modificación de información [ ]
4. Traslado [ ]
5. Reintegro [ ] Si [ ] No [ ]

En el mismo mes

Indique última fecha de retiro:

ISO 9001 icontec SC 5892-8

IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

compensar

1. Datos del trabajador

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] — 98430232

Sexo: M [X] F [ ]

Estado civil: Casado(a) [ ] Soltero(a) [ ] Unión libre [X] Separado(a) [ ] Viudo(a) [ ] Divorciado(a) [ ]

Uso exclusivo de Compensar: R N LOE | R N LTM | R N SSM | R N STS | R N | R N

Causal no aceptación:

Primer apellido: Alegria

Segundo apellido: Caicedo

Nombres: Yimer Silvio

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): 1975 11 11

Teléfono residencia:

Dirección residencia: Calle 40C Nº 78N-58

Teléfono 2 o de oficina:

Extensión:

E-mail:

Celular: 3213296642

Ciudad: Bta

Fecha ingreso a la empresa (AAAA/MM/DD): 2012 07 12

Horas labor mes: 240

Cargo: Aux Perforacion

Sueldo básico mensual: $589.600

En caso de cambio en el Nº de identificación, escriba el anterior

2. Datos del empleador

Tipo de afiliación empresa:

Normal [X]
Consorcio [ ]
Exclusiva [ ]
Ley primer empleo [ ]
Mypime [ ]
Otro ¿Cuál? [ ]

Nombre o razón social: Geotechnical SAS

Teléfono: 2234830

Nit. C.C. ó C.E.: 900217608-5

Dependencia:

Centro de costo:

Empresa con que trabaja simultáneamente: Geotechnical SAS

Sueldo básico mensual: $589.600

3. Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Adición [ ] Retiro [ ]

Tipo y número de identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] — 51706045

Primer apellido: Gonzalez

Segundo apellido: Marin

Nombres: Ana Maria

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): 1963 10 11

Empresa donde trabaja o actividad económica:

Caja de Compensación a la cual está afiliado(a):

Sueldo básico mensual:

Recibe subsidio: Si [ ] No [X]

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía, ó cambio de Tarjeta de Identidad escriba el número anterior o errado

4. Datos de los beneficiarios (padres, hijos o hermanos)

4.1

Adición [ ] Retiro [ ]

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): 2005 04 19

Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] NUIP [ ] — 1013103984

Primer apellido: Alegria

Segundo apellido: Gonzalez

Nombres: Alison Daniela

Parentesco: Hijo [X] Padre [ ] Hermano [ ]

Edad:

Sexo: M [ ] F [X]

Uso exclusivo de Compensar: R N SSE | R N AUT | R N SSW | R N DIS | R N EMB | R N TRA | R N PEN | R N CRS | R N DEP | R N SUP | R N | R N

Causal no aceptación:

Clase:

Discap.:

Benef Giro

Nombre:

C.C.:

4.2

Adición [ ] Retiro [ ]

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD):

Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] NUIP [ ]

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombres:

Parentesco: Hijo [ ] Padre [ ] Hermano [ ]

Edad:

Sexo: M [ ] F [ ]

Uso exclusivo de Compensar: R N SSE | R N AUT | R N SSW | R N DIS | R N EMB | R N TRA | R N PEN | R N CRS | R N DEP | R N SUP | R N | R N

Causal no aceptación:

Clase:

Discap.:

Benef Giro

Nombre:

C.C.:

4.3

Adición [ ] Retiro [ ]

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD):

Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] NUIP [ ]

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombres:

Parentesco: Hijo [ ] Padre [ ] Hermano [ ]

Edad:

Sexo: M [ ] F [ ]

Uso exclusivo de Compensar: R N SSE | R N AUT | R N SSW | R N DIS | R N EMB | R N TRA | R N PEN | R N CRS | R N DEP | R N SUP | R N | R N

Causal no aceptación:

Clase:

Discap.:

Benef Giro

Nombre:

C.C.:

4.4

Adición [ ] Retiro [ ]

Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD):

Tipo y número de identificación: C.C. [ ] T.I. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] NUIP [ ]

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombres:

Parentesco: Hijo [ ] Padre [ ] Hermano [ ]

Edad:

Sexo: M [ ] F [ ]

Uso exclusivo de Compensar: R N SSE | R N AUT | R N SSW | R N DIS | R N EMB | R N TRA | R N PEN | R N CRS | R N DEP | R N SUP | R N | R N

Causal no aceptación:

Clase:

Discap.:

Benef Giro

Nombre:

C.C.:

En caso de ser padre pensionado, afiliado a otra Caja o estar laborando escriba la entidad pensionadora, nombre de la Caja o empresa donde labora:

Autorizo a Compensar el envío de información a través de: Celular mensajes de texto [ ] Correo electrónico [ ]

Bajo la gravedad de juramento declaro que este informe ha sido examinado por mí y que todos los datos son exactos.

Sello Revisión

Sello Digitación

Firma del trabajador (a)

C.C., T.I., P.A. ó C.E. Nº 98430232

Firma y sello del empleador

Observaciones: Se recibe con formulario firmado

23-AGO-2013

Para uso exclusivo de Compensar - Número de documentos aceptados

Registro Civil	Declaración Juramentada	Certificado TR. Cónyuge	Certificado Escolaridad	Fotocopia Cédula	Fotocopia Tarjeta Identidad	Sentencia Separación	Certificado Discapacidad	Registro Defunción

10 SEP 2013

La información de este formato está sujeta a verificación

Impreso por: dispapeles S.A. Nit: 860.028.580-2 www.dispapeles.com 87762

Original - Compensar Copia - Empleador

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Caja de Compensación Familiar COMPENSAR. Comunicaciones LAPS 31-01-2012

FOR-PSB-0085

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YIMER SILVIO ALEGRIA CAICEDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **98430232,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de mayo de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YIMER SILVIO ALEGRIA CAICEDO identificado(a) con CC. 98430232 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2011/03/23**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 14 días del mes de 05 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 29 de Agosto de 2.023

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 98430232
Nombre	: YIMER SILVIO ALEGRIA CAICEDO
Empresa/Contratante	: GEOTECHNICAL SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900217608
Fecha de Afiliación a CCF	: 2013/08/23
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2012/07/12
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a quien interese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

ISO 9001 icontec SC 5892-14

IQNet

FOR-PGIE-0044

VIGILADO SuperSubsidio

GEO TECHNICAL S.A.S. CONSULTORIA Y OBRAS CIVILES LABORATORIO DE SUELOS – PAVIMENTOS - CONCRETOS	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR YMER SILVIO ALEGRIA CAICEDO **CC.** 98.430.232

CARGO DEL TRABAJADOR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA CLAUDIA URREA **C.C.** 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	10/05/2025	YIMER SILVIO ALEGRIA									
GAFAS	1	10/05/2025	YIMER SILVIO ALEGRIA									
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	10/05/2025	YIMER SILVIO ALEGRIA									
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA	1	10/05/2025	YIMER SILVIO ALEGRIA									
GUANTES DE CARNAZA	1	10/05/2025	YIMER SILVIO ALEGRIA									
CAMISA	1	10/05/2025	YIMER SILVIO ALEGRIA									
PANTALÓN	1	10/05/2025	YIMER SILVIO ALEGRIA									
IMPERMEABLE	1											
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	10/05/2025	YIMER SILVIO ALEGRIA									
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO	N/A											
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE	N/A											
TAPABOCAS	6		YIMER SILVIO ALEGRIA									
FAJA	1		YIMER SILVIO ALEGRIA									

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1652134382

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
25/07/2025

Número de aprobación
00134382

Dirección IP
186.154.159.25

Valor transacción
$ 690.800,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.154.159.25	NIT	900217608

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	25/07/2025	87485568	$690.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	22	1.300	0	89.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	22	4.900	0	356.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	22	2.100	155.300			1.532	155.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	22	1.300	89.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	22	0	0	0
ICBF				
0	22	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	89.300
Pensión	1	352.000	356.900
Riesgos Laborales	1	153.200	155.300
CCF	1	88.000	89.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	690.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	25/07/2025	87485568	$690.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1743863771

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
01/09/2025

Número de aprobación
00863771

Dirección IP
201.245.251.238

Valor transacción
$ 693.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.245.251.238	NIT	900217608

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88351382	$693.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	27	1.600	0	89.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	27	6.100	0	358.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	27	2.700	155.900			1.532	155.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	27	1.600	89.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	27	0	0	0
ICBF				
0	27	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	89.600
Pensión	1	352.000	358.100
Riesgos Laborales	1	153.200	155.900
CCF	1	88.000	89.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	693.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88351382	$693.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.066.745.737**

MEJIA ARRIETA

APELLIDOS

LUIS MIGUEL

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-1995**

PLANETA RICA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-MAR-2013 PLANETA RICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1302800-00439730-M-1066745737-20130613 **00334**12808A 1 39593192

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	901068951
Número Afiliación:	9002956
Razón social:	NYC INGENIERIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1066745737
Nombre:	LUIS MIGUEL MEGIA ARRIETA
Fecha Ingreso:	03/01/2025
Salario básico:	2,254,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	5
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	02/01/2025 12:44:29 p. m.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 28 de Julio de 2.025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1066745737
Nombre	: LUIS MIGUEL MEJIA ARRIETA
Empresa/Contratante	: NYC INGENIERIA SAS
Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901068951
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/02/08
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/12/12
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a quieninterese y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente.

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código 00543210V

Código del certificado

FOR-PGIE-0044

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

C1310

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN DÍA 12 MES 12 AÑO 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MEJIA	ARRIETA	LUIS	MIGUEL

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1066745737	F [X]	F [X] T NB Otro Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO
COLOMBIANO	PAÍS: COLOMBIA — DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. — MUNICIPIO: BOGOTA D.C.	DÍA 05 MES 01 AÑO 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					ARL AXA COLPATRIA S.A

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PROTECCION	$ 2.254.000			3016022464	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CRA 87 72 A 45 # -		IMMEJIA145@MISENA.EDU.CO	BOGOTA D.C.

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA D.C.	BOGOTA	CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. 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
		F M	F M T NB Otro Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO	DÍA 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 F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. 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	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
NYC ONGENIERIA SAS	NI - Número Identificación Tributaria	901068951	3222180372	

59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
AV CL 72 88 44 AP 1015 IN 3 # -	NYCINGENIERIASAS1.2017@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. 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/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
    A) MISMO RÉGIMEN [ ]
    B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. 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

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F M	F M T NB Otro Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO		DÍA 01 MES 12 AÑO 2024		

VII. 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 mi. [ ]
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 acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 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 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 los 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 las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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
Luis Miguel Mejia	Natalia Lasso Ramirez

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	MS	RC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	AS	PT
Cantidad:											

Total [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. 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. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. 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. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

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.

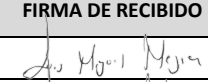
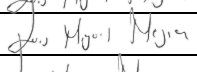
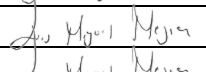
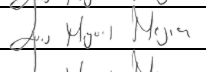
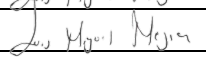
- ORIGINAL: E.P.S. -

GEOTECHNICAL S.A.S. CONSULTORIA Y OBRAS CIVILES LABORATORIO DE SUELOS – PAVIMENTOS - CONCRETOS	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR LUIS MIGUEL MEJIA **CC.** 1066745737

CARGO DEL TRABAJADOR LABORATORISTA

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA CLAUDIA URREA **C.C.** 52558918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
GAFAS DE PROTECCIÓN LATERAL	X	15/06/2025										
GUANTES IMPERMEABLES	X	15/06/2025										
BATA	X	15/06/2025										
PANTALÓN	X	15/06/2025										
BOTAS PUNTA DE ACERO	X	15/06/2025										
DELANTAL DE CAUCHO												
RESPIRADOR DE CAUCHO												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1743821504

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
01/09/2025

Número de aprobación
00821504

Dirección IP
201.245.251.238

Valor transacción
$ 658.800,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.245.251.238	NIT	901068951

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	01/09/2025	87739407	$658.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	104.000	0		0		0	52	3.500	0	107.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	416.000	0	0	0	0	52	13.700	0	429.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	13.600				13.600	52	500	14.100			136	14.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	104.000	52	3.500	107.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	52	0	0	0
ICBF				
0	52	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	104.000	107.500
Pensión	1	416.000	429.700
Riesgos Laborales	1	13.600	14.100
CCF	1	104.000	107.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	637.600	658.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	01/09/2025	87739407	$658.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1066745737	MEJIA ARRIETA LUIS MIGUEL	1	0			S																	230201	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS010	2.600.000	104.000	14-4	2.600.000	1	13.600	CCF24	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1743828436

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
01/09/2025

Número de aprobación
00824321

Dirección IP
201.245.251.238

Valor transacción
$ 658.800,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.245.251.238	NIT	901068951

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88591418	$646.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	104.000	0		0		0	21	1.400	0	105.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	416.000	0	0	0	0	21	5.600	0	421.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	13.600				13.600	21	200	13.800			136	13.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	104.000	21	0	105.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	52	0	0	0
ICBF				
0	52	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	104.000	105.400
Pensión	1	416.000	421.600
Riesgos Laborales	1	13.600	13.800
CCF	1	104.000	105.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	637.600	646.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

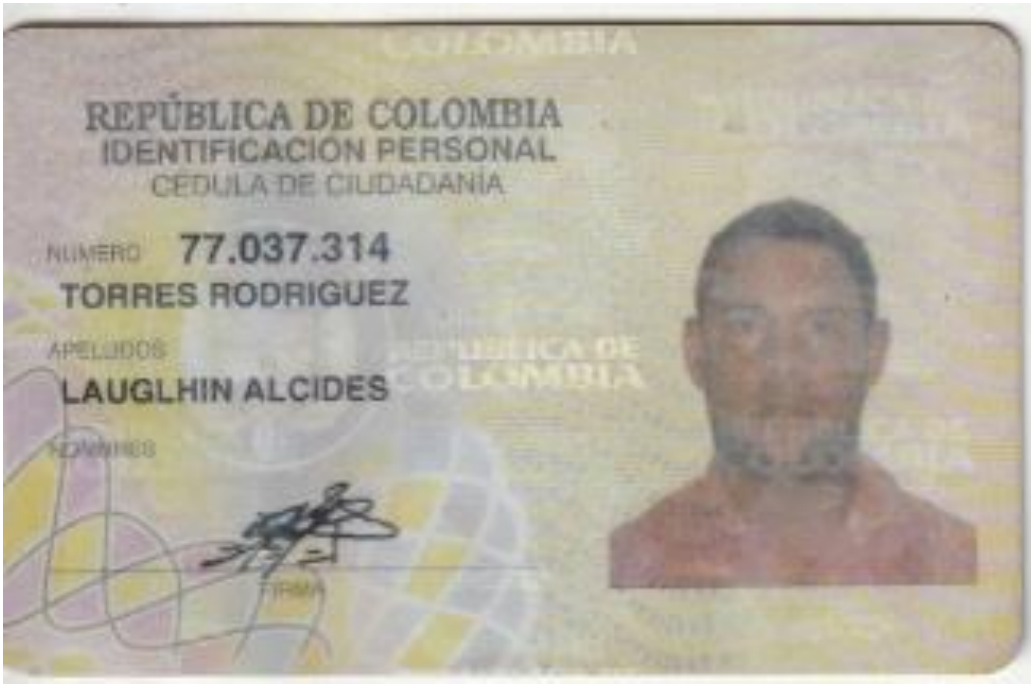
DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-06	E	01/09/2025	88591418	$646.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1066745737	MEJIA ARRIETA LUIS MIGUEL	1	0			S																	230201	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS010	2.600.000	104.000	14-4	2.600.000	1	13.600	CCF24	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 77.037.314
TORRES RODRIGUEZ
APELLIDOS
LAUGLHIN ALCIDES
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1968
LA PAZ
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
27-SEP-1988 LA PAZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-01021306-M-0077037314-20180716
0061857323A 1
9804860976

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GEOTECHNICAL SAS		
Tipo de documento de identificación	NIT	**Número de documento de identificación**	900.217.608-5
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 77037314	**Nombres y apellidos**	LAUGLHIN ALCIDES TORRES RODRIGUEZ
Fecha de afiliación	27/07/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	28/07/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015234327	3|0|0|7|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
TORRES Primer apellido	RODRIGUEZ Segundo apellido	LAUGLHIN Primer nombre	ALCIDES Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	77037314	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			1|2|0|6|1|9|6|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 93 F 128 B 77		3127890654	ALCIDESTORRES@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEOTECHNICAL LTDA	NIT	900217608	01

59.Ubicación

CR 70G 79 28 Dirección	2526396 Teléfono fijo o celular	MARIA.PEREZF@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015234327

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|0|7|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **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 encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

Laughlin Torres.	Carl Sas.
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Bogotá DC. 30 de Julio de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/7/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 77037314
Nombres y Apellidos	LAUGLHIN ALCIDES TORRES RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900217608
Razón Social Empleador	GEOTECHNICAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	27/7/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	30/7/2025
Cargo	auxiliar de perforacion
Horas Labor Mes	188
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

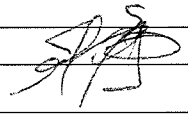
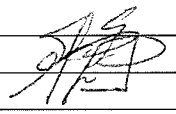
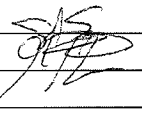
Vigilado Supersubsidio

GEO TECHNICAL S.A.S.	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ALCIDES TORRES — CC. 77.037.314

CARGO DEL TRABAJADOR: AUXILIAR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: CLAUDIA URREA — C.C. 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	24/07/2025										
GAFAS	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA												
GUANTES DE CARNAZA	1	24/07/2025										
CAMISA	1	24/07/2025										
PANTALÓN	1	24/07/2025										
IMPERMEABLE												
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	24/07/2025										
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO												
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE												
TAPABOCAS												
FAJA												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.810.883
HERNANDEZ SOLANO

APELLIDOS
CESAR ALERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1987
SAMPUES
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-JUN-2006 BARRANCAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GEOTECHNICAL SAS		
Tipo de documento de identificación	NIT	**Número de documento de identificación**	900.217.608-5
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1122810883	**Nombres y apellidos**	CESAR ALERTO HERNANDEZ SOLANO
Fecha de afiliación	24/07/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	25/07/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015172574	2|3|0|7|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
HERNANDEZ Primer apellido	SOLANO Segundo apellido	CESAR Primer nombre	ALERTO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1122810883	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			2|9|0|5|1|9|8|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad		19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
			Si ☐ No ☒				
6		Categoria Discapacidad		SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 109A 87 23		3133291211	CESARHERNANDEZ@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
ATLANTICO	BARRANQUILLA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		MIRED BARRANQUILLA IPS S.A.S. - MIRED BARRANQUILLA IPS S.A.S.	MIREDBAR - MIREDBAR
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEOTECHNICAL LTDA	NIT	900217608	01

59.Ubicación

CR 70G 79 28 Dirección	2526396 Teléfono fijo o celular	MARIA.PEREZF@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015172574

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|4|0|7|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **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 encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
HERNANDEZ	**SOLANO**	**CESAR**	**ALERTO**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1122810883	RC TI **X** CE PA	AÑO **1987** MES **05** DÍA **29**	**X** F	AÑO **2025** MES **23** DÍA **07**

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

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

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

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

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: CESAR ALERTO HERNANDEZ SOLANO identificado con el documento de identidad: C No. 1122810883, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico CESARHERNANDEZ@GMAIL.COM la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Cesar Hernandez

Nombres y Apellidos: CESAR ALERTO HERNANDEZ SOLANO
Número de identificación: 1122810883

Fecha de diligenciamiento
AÑO **2025** MES **23** DÍA **07**

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

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

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

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1122810883_____

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





GEO TECHNICAL S.A.S. CONSULTORIA Y OBRAS CIVILES LABORATORIO DE SUELOS – PAVIMENTOS - CONCRETOS	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR CESAR ALBERTO HERNANDEZ **CC.** 1.122.810.883

CARGO DEL TRABAJADOR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA CLAUDIA URREA **C.C.** 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
GAFAS	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA												
GUANTES DE CARNAZA	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
CAMISA	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
PANTALÓN	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
IMPERMEABLE												
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO												
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE												
TAPABOCAS												
FAJA												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)

Bogotá DC. 28 de Julio de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 28/7/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1122810883
Nombres y Apellidos	CESAR ALBERTO HERNANDEZ SOLANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900217608
Razón Social Empleador	GEOTECHNICAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/7/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	28/7/2025
Cargo	auxiliar de perforacion
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Vigilado Supersubsidio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.066.745.080
MEJIA GUTIERREZ
APELLIDOS
NEVER ANDRES
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1994
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

01-NOV-2012 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1302800-00429933-M-1066745080-20130403 0032646352A 1 39489979

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GEOTECHNICAL SAS		
Tipo de documento de identificación	NIT	**Número de documento de identificación**	900.217.608-5
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1066745080	**Nombres y apellidos**	NEVER ANDFRES MEJIA GUTIERREZ
Fecha de afiliación	24/07/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	25/07/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado	Fecha de radicado
23555-00034121-SM	29/07/2025

I. DATOS DE TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ( ) B. Reporte de novedades (X)	A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia (X) -Beneficiario o afiliado adicional ( ) B. Colectiva ( ) C. Institucional ( ) D. De oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )	Si ( ) No (X)

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante (X) B. Cabeza de familia ( ) C. Beneficiario ( ) D. Afiliado adicional ( )	A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	ESSC07

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional) — A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres			
MEJIA	GUTIERREZ	NEVER	ANDRES

9. TIpo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1066745080	Femenino ( ) Masculino (X)	T ( ) NB ( ) Otro ( ) F ( ) M (X) Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
COL	País	COLOMBIA	Departamento	CORDOBA	Municipio	PLANETA RICA	25/10/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		Categoria de discapacidad	SI ( ) NO (X)

19. Tiene encuesta	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
SI (X) NO ( )	Nivel 1 Grupo B	5

22. Administradora de riesgos laborales - ARL	23. Administración de pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	PORVENIR	$1.423.500	

26. Residencia			
CR 3 # 18 - 13		3127690458	NEVERANDRESMEJIAGUTIERREZ@GMAIL.COM
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

CORDOBA	PLANETA RICA	PLANETA RICA	Zona: Cabecera municipal ( ) Centro poblado ( ) Rural disperso (X) Resto rural ( )
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo de Documento de	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31.Sexo identificación
		Femenino ( ) Masculino ( )	T ( ) NB ( ) Otro ( ) F ( ) M ( ) Cual

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		D D M M Y Y Y Y

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

35.	Apellidos y nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	MEJIA	CUAVA	JEAN	PAUL
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41.Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1	RC	1066755538	COL		X		X					COLOMBIA	CORDOBA	PLANETA RICA	01/02/2005
B2															D D M M Y Y Y Y
B3															D D M M Y Y Y Y
B4															D D M M Y Y Y Y
B5															D D M M Y Y Y Y

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1	Hijo o hija			5	X		1	B		X			
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		
B1	CORDOBA	PLANETA RICA	X				3127690458	
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1	CR 3 # 18 - 13	PLANETA RICA	NEVERANDRESMEJIAGUTIERREZ@GMAIL.COM
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS FINCESALUD IPSI	235550151501
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. TIpo de documento de identificación	57.Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GEOTECHNICAL SAS	NI	900217608	1

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio / Distrito

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 14. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MEJIA	GUTIERREZ	NEVER	ANDRES

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
CC	1066745080	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otros [ ] Cual	25/10/1994

65.EPS anterior	66. Fecha de novedad	67.Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	24/07/2025	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 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 acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad
[ ]	

IX: FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del articulo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. 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.

Total anexos: [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de Identidad	Número del documento de Identidad	95. Firma del funcionario
[ ]		

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

OBSERVACIONES:

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

Bogotá DC. 28 de Julio de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 28/7/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1066745080
Nombres y Apellidos	NEVER ANDRES MEJIA GUTIERREZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900217608
Razón Social Empleador	GEOTECHNICAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/7/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	28/7/2025
Cargo	auxiliar de perforacion
Horas Labor Mes	188
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

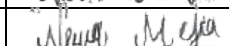
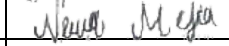
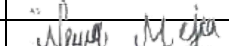
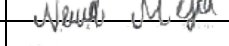
Vigilado Supersubsidio

GEO TECHNICAL S.A.S. CONSULTORIA Y OBRAS CIVILES LABORATORIO DE SUELOS – PAVIMENTOS - CONCRETOS	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR NEVER ANDRES MEJIA **CC.** 1.066.745.080

CARGO DEL TRABAJADOR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA CLAUDIA URREA **C.C.** 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	24/07/2025										
GAFAS	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA												
GUANTES DE CARNAZA	1	24/07/2025										
CAMISA	1	24/07/2025										
PANTALÓN	1	24/07/2025										
IMPERMEABLE												
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	24/07/2025										
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO												
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE												
TAPABOCAS												
FAJA												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
85.436.774

NUMERO

VEGA HERNANDEZ

APELLIDOS

WILFRIDO

NOMBRES

Wilfrido VEGA H2

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1968

EL BANCO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

23-ENE-1989 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500111-42136323-M-0085436774-20051028 00213 053001O 02 200723515

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GEOTECHNICAL SAS		
Tipo de documento de identificación	NIT	**Número de documento de identificación**	900.217.608-5
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 85436774	**Nombres y apellidos**	WILFRIDO VEGA HERNANDEZ
Fecha de afiliación	27/07/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	28/07/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 30 de Julio de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/7/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 85436774
Nombres y Apellidos	WILFRIDO VEGA HERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900217608
Razón Social Empleador	GEOTECHNICAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	30/7/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	30/7/2025
Cargo	auxiliar de perforacion
Horas Labor Mes	188
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015234307	3|0|0|7|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
VEGA Primer apellido	HERNANDEZ Segundo apellido	WILFRIDO Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	85436774	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			1|1|0|9|1|9|6|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 136 86 20		3133418139	WILFRIDOVEGA2012@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEOTECHNICAL LTDA	NIT	900217608	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 70G 79 28	2526396	MARIA.PEREZF@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4015234307

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|0|7|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **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 encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Wilfrido Vega.	Gamarra Sres

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
VEGA	HERNANDEZ	WILFRIDO	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
85436774	RC TI X CE PA	1968 09 11	X F	2025 30 07

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

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

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

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

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: WILFRIDO VEGA HERNANDEZ identificado con el documento de identidad: C No. 85436774, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico wilfridovega2012@hotmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Wilfrido Vega

Nombres y Apellidos: WILFRIDO VEGA HERNANDEZ

Número de identificación: 85436774

Fecha de diligenciamiento
2025 30 07

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

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

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

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 85436774

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





GEO TECHNICAL S.A.S.	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR: WILFRIDO VEGA — CC. 85.436.774

CARGO DEL TRABAJADOR: AUXILIAR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: CLAUDIA URREA — C.C. 52.558.918

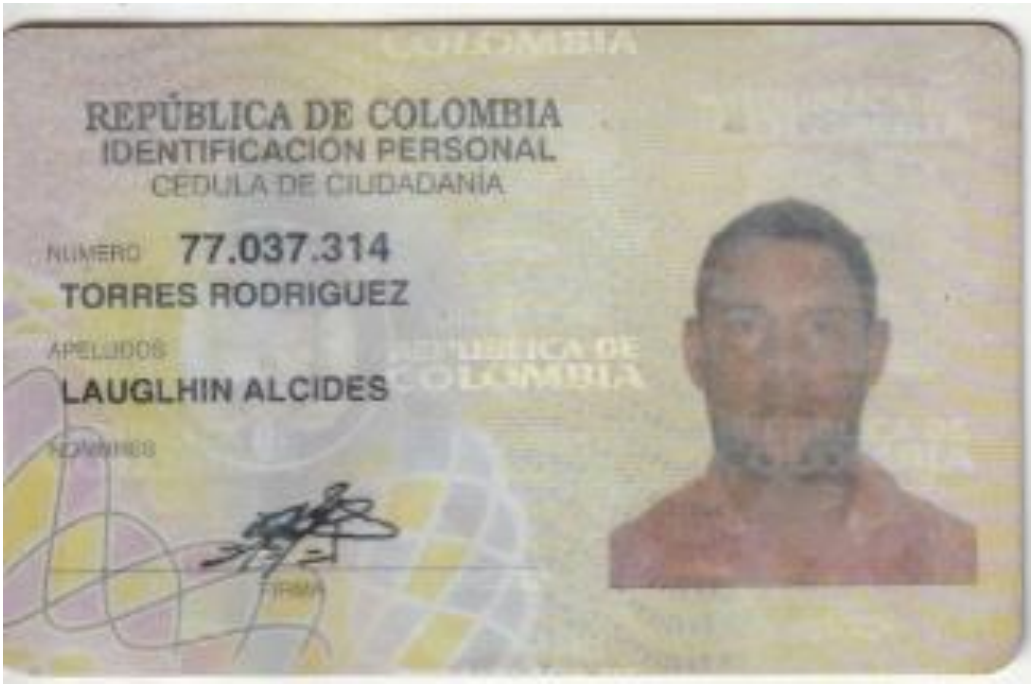
ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	24/07/2025	Wilfrido Vega									
GAFAS	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA												
GUANTES DE CARNAZA	1	24/07/2025										
CAMISA	1	24/07/2025										
PANTALÓN	1	24/07/2025	Wilfrido Vega									
IMPERMEABLE												
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	24/07/2025										
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO												
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE												
TAPABOCAS												
FAJA												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 77.037.314
TORRES RODRIGUEZ
APELLIDOS
LAUGLHIN ALCIDES
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1968
LA PAZ
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
27-SEP-1988 LA PAZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-1500150-01021306-M-0077037314-20180716
0061857323A 1
9804860976

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GEOTECHNICAL SAS		
Tipo de documento de identificación	NIT	**Número de documento de identificación**	900.217.608-5
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 77037314	**Nombres y apellidos**	LAUGLHIN ALCIDES TORRES RODRIGUEZ
Fecha de afiliación	27/07/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	28/07/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015234327	3|0|0|7|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
TORRES Primer apellido	RODRIGUEZ Segundo apellido	LAUGLHIN Primer nombre	ALCIDES Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	77037314	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			1|2|0|6|1|9|6|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 93 F 128 B 77		3127890654	ALCIDESTORRES@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEOTECHNICAL LTDA	NIT	900217608	01

59.Ubicación

CR 70G 79 28 Dirección	2526396 Teléfono fijo o celular	MARIA.PEREZF@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015234327

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|0|7|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **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 encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

Laughlin Torres.	Carl Sas.
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

X. ANEXOS

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

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Bogotá DC. 30 de Julio de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/7/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 77037314
Nombres y Apellidos	LAUGLHIN ALCIDES TORRES RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900217608
Razón Social Empleador	GEOTECHNICAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	27/7/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	30/7/2025
Cargo	auxiliar de perforacion
Horas Labor Mes	188
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

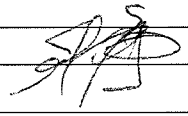
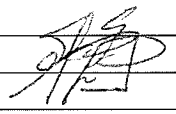
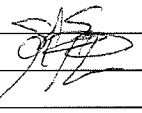
Vigilado Supersubsidio

GEO TECHNICAL S.A.S.	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ALCIDES TORRES — CC. 77.037.314

CARGO DEL TRABAJADOR: AUXILIAR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: CLAUDIA URREA — C.C. 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	24/07/2025										
GAFAS	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA												
GUANTES DE CARNAZA	1	24/07/2025										
CAMISA	1	24/07/2025										
PANTALÓN	1	24/07/2025										
IMPERMEABLE												
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	24/07/2025										
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO												
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE												
TAPABOCAS												
FAJA												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.810.883
HERNANDEZ SOLANO

APELLIDOS
CESAR ALERTO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1987
SAMPUES
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-JUN-2006 BARRANCAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GEOTECHNICAL SAS		
Tipo de documento de identificación	NIT	**Número de documento de identificación**	900.217.608-5
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1122810883	**Nombres y apellidos**	CESAR ALERTO HERNANDEZ SOLANO
Fecha de afiliación	24/07/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	25/07/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015172574	2|3|0|7|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
HERNANDEZ Primer apellido	SOLANO Segundo apellido	CESAR Primer nombre	ALERTO Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1122810883	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			2|9|0|5|1|9|8|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad		19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
			Si ☐ No ☒				
6		Categoria Discapacidad		SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 109A 87 23		3133291211	CESARHERNANDEZ@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
ATLANTICO	BARRANQUILLA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		MIRED BARRANQUILLA IPS S.A.S. - MIRED BARRANQUILLA IPS S.A.S.	MIREDBAR - MIREDBAR
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEOTECHNICAL LTDA	NIT	900217608	01

59.Ubicación

CR 70G 79 28 Dirección	2526396 Teléfono fijo o celular	MARIA.PEREZF@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015172574

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|4|0|7|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **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 encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
HERNANDEZ	**SOLANO**	**CESAR**	**ALERTO**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1122810883	RC TI **X** CE PA	AÑO **1987** MES **05** DÍA **29**	**X** F	AÑO **2025** MES **23** DÍA **07**

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

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

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

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

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: CESAR ALERTO HERNANDEZ SOLANO identificado con el documento de identidad: C No. 1122810883, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico CESARHERNANDEZ@GMAIL.COM la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Cesar Hernandez

Nombres y Apellidos: CESAR ALERTO HERNANDEZ SOLANO
Número de identificación: 1122810883

Fecha de diligenciamiento
AÑO **2025** MES **23** DÍA **07**

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

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

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

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: _____1122810883_____

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





GEO TECHNICAL S.A.S. CONSULTORIA Y OBRAS CIVILES LABORATORIO DE SUELOS – PAVIMENTOS - CONCRETOS	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR CESAR ALBERTO HERNANDEZ **CC.** 1.122.810.883

CARGO DEL TRABAJADOR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA CLAUDIA URREA **C.C.** 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
GAFAS	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA												
GUANTES DE CARNAZA	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
CAMISA	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
PANTALÓN	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
IMPERMEABLE												
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	24/07/2025	Cesar Hernandez									
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO												
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE												
TAPABOCAS												
FAJA												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)

Bogotá DC. 28 de Julio de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 28/7/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1122810883
Nombres y Apellidos	CESAR ALBERTO HERNANDEZ SOLANO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900217608
Razón Social Empleador	GEOTECHNICAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/7/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	28/7/2025
Cargo	auxiliar de perforacion
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Vigilado Supersubsidio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.066.745.080
MEJIA GUTIERREZ
APELLIDOS
NEVER ANDRES
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1994
PLANETA RICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

01-NOV-2012 PLANETA RICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1302800-00429933-M-1066745080-20130403 0032646352A 1 39489979

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GEOTECHNICAL SAS		
Tipo de documento de identificación	NIT	**Número de documento de identificación**	900.217.608-5
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 1066745080	**Nombres y apellidos**	NEVER ANDFRES MEJIA GUTIERREZ
Fecha de afiliación	24/07/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	25/07/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de radicado	Fecha de radicado
23555-00034121-SM	29/07/2025

I. DATOS DE TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación ( ) B. Reporte de novedades (X)	A. Individual: -Cotizante o cabeza de familia (X) -Beneficiario o afiliado adicional ( ) B. Colectiva ( ) C. Institucional ( ) D. De oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )	Si ( ) No (X)

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante (X) B. Cabeza de familia ( ) C. Beneficiario ( ) D. Afiliado adicional ( )	A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	ESSC07

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional) — A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres			
MEJIA	GUTIERREZ	NEVER	ANDRES

9. TIpo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1066745080	Femenino ( ) Masculino (X)	T ( ) NB ( ) Otro ( ) F ( ) M (X) Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
COL	País	COLOMBIA	Departamento	CORDOBA	Municipio	PLANETA RICA	25/10/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	
		Categoria de discapacidad	SI ( ) NO (X)

19. Tiene encuesta	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
SI (X) NO ( )	Nivel 1 Grupo B	5

22. Administradora de riesgos laborales - ARL	23. Administración de pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS SA	PORVENIR	$1.423.500	

26. Residencia			
CR 3 # 18 - 13		3127690458	NEVERANDRESMEJIAGUTIERREZ@GMAIL.COM
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

CORDOBA	PLANETA RICA	PLANETA RICA	Zona: Cabecera municipal ( ) Centro poblado ( ) Rural disperso (X) Resto rural ( )
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo de Documento de	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31.Sexo identificación
		Femenino ( ) Masculino ( )	T ( ) NB ( ) Otro ( ) F ( ) M ( ) Cual

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		D D M M Y Y Y Y

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

35.	Apellidos y nombres — Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	MEJIA	CUAVA	JEAN	PAUL
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41.Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1	RC	1066755538	COL		X		X					COLOMBIA	CORDOBA	PLANETA RICA	01/02/2005
B2															D D M M Y Y Y Y
B3															D D M M Y Y Y Y
B4															D D M M Y Y Y Y
B5															D D M M Y Y Y Y

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1	Hijo o hija			5	X		1	B		X			
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		
B1	CORDOBA	PLANETA RICA	X				3127690458	
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1	CR 3 # 18 - 13	PLANETA RICA	NEVERANDRESMEJIAGUTIERREZ@GMAIL.COM
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ASOCIACION DE AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS FINCESALUD IPSI	235550151501
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. TIpo de documento de identificación	57.Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GEOTECHNICAL SAS	NI	900217608	1

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio / Distrito

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 14. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MEJIA	GUTIERREZ	NEVER	ANDRES

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
CC	1066745080	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otros [ ] Cual	25/10/1994

65.EPS anterior	66. Fecha de novedad	67.Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	24/07/2025	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 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 acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad
[ ]	

IX: FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
  Cantidad de documentos de identidad anexos
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del articulo 2.1.7.3 del Decreto780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. 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.

Total anexos: [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de Identidad	Número del documento de Identidad	95. Firma del funcionario
[ ]		

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

OBSERVACIONES:

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

Bogotá DC. 28 de Julio de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 28/7/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 1066745080
Nombres y Apellidos	NEVER ANDRES MEJIA GUTIERREZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900217608
Razón Social Empleador	GEOTECHNICAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/7/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	28/7/2025
Cargo	auxiliar de perforacion
Horas Labor Mes	188
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

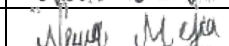
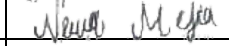
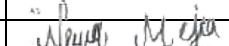
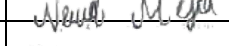
Vigilado Supersubsidio

GEO TECHNICAL S.A.S. CONSULTORIA Y OBRAS CIVILES LABORATORIO DE SUELOS – PAVIMENTOS - CONCRETOS	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR NEVER ANDRES MEJIA **CC.** 1.066.745.080

CARGO DEL TRABAJADOR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA CLAUDIA URREA **C.C.** 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	24/07/2025										
GAFAS	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA												
GUANTES DE CARNAZA	1	24/07/2025										
CAMISA	1	24/07/2025										
PANTALÓN	1	24/07/2025										
IMPERMEABLE												
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	24/07/2025										
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO												
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE												
TAPABOCAS												
FAJA												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
762430860

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
01/09/2025

Número de aprobación
02231513

Dirección IP
181.55.180.173

Valor transacción
$ 836.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.0.66.253	NIT	901068951

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88591419	$836.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	108.000	0		0		0	0	0	0	108.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	432.000	0	0	0	0	0	0		432.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	188.000				188.000	0	0	188.000			1.880	188.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	108.000	0	0	108.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	108.000	108.000
Pensión	1	432.000	432.000
Riesgos Laborales	1	188.000	188.000
CCF	1	108.000	108.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	836.000	836.000

PAGADA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88591419	$836.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4197768	LARA CRTES JOSE HELI	1	0			S																	230301	2.700.000	432.000	0	0	0	0	EPS010	2.700.000	108.000	14-4	2.700.000	5	188.000	CCF24	2.700.000	108.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1743828436

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
01/09/2025

Número de aprobación
00824321

Dirección IP
201.245.251.238

Valor transacción
$ 658.800,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.245.251.238	NIT	901068951

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88591418	$646.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	104.000	0		0		0	21	1.400	0	105.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	416.000	0	0	0	0	21	5.600	0	421.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	13.600				13.600	21	200	13.800			136	13.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	104.000	21	0	105.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	52	0	0	0
ICBF				
0	52	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	104.000	105.400
Pensión	1	416.000	421.600
Riesgos Laborales	1	13.600	13.800
CCF	1	104.000	105.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	637.600	646.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901068951-0	NYC INGENIERIA SAS		AV CL 72 88 44	3222180372	nycingenieriasas1.2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING AUXILIAR	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-07	2025-06	E	01/09/2025	88591418	$646.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1066745737	MEJIA ARRIETA LUIS MIGUEL	1	0			S																	230201	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS010	2.600.000	104.000	14-4	2.600.000	1	13.600	CCF24	2.600.000	104.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1743863771

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
01/09/2025

Número de aprobación
00863771

Dirección IP
201.245.251.238

Valor transacción
$ 693.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.245.251.238	NIT	900217608

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88351382	$693.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	27	1.600	0	89.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	27	6.100	0	358.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	27	2.700	155.900			1.532	155.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	27	1.600	89.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	27	0	0	0
ICBF				
0	27	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	89.600
Pensión	1	352.000	358.100
Riesgos Laborales	1	153.200	155.900
CCF	1	88.000	89.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	693.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88351382	$693.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
85.436.774

NUMERO

VEGA HERNANDEZ

APELLIDOS

WILFRIDO

NOMBRES

Wilfrido VEGA H2

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-SEP-1968

EL BANCO
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

23-ENE-1989 EL BANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500111-42136323-M-0085436774-20051028 00213 053001O 02 200723515

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	GEOTECHNICAL SAS		
Tipo de documento de identificación	NIT	**Número de documento de identificación**	900.217.608-5
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC. 85436774	**Nombres y apellidos**	WILFRIDO VEGA HERNANDEZ
Fecha de afiliación	27/07/2025	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	28/07/2025	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	Sin retiro

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Bogotá DC. 30 de Julio de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/7/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

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

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

Tipo y Número de Identificación	CC 85436774
Nombres y Apellidos	WILFRIDO VEGA HERNANDEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 900217608
Razón Social Empleador	GEOTECHNICAL SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	30/7/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	30/7/2025
Cargo	auxiliar de perforacion
Horas Labor Mes	188
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

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

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

Vigilado Supersubsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015234307	3|0|0|7|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — 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.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
VEGA Primer apellido	HERNANDEZ Segundo apellido	WILFRIDO Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	85436774	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:			
COLOMBIA	COLOMBIA	BOGOTA	BOGOTA			1|1|0|9|1|9|6|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 136 86 20		3133418139	WILFRIDOVEGA2012@HOTMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

		53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA	VSCLINSUBA - VSCLINSUBA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
GEOTECHNICAL LTDA	NIT	900217608	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CR 70G 79 28	2526396	MARIA.PEREZF@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4015234307

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **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 relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2|7|0|7|2|0|2|5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **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 encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Wilfrido Vega.	Gamarra Sres

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
VEGA	HERNANDEZ	WILFRIDO	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
85436774	RC TI X CE PA	1968 09 11	X F	2025 30 07

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

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

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

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

Medio de entrega deseado: Electrónico X Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

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

"Yo: WILFRIDO VEGA HERNANDEZ identificado con el documento de identidad: C No. 85436774, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico wilfridovega2012@hotmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): Wilfrido Vega

Nombres y Apellidos: WILFRIDO VEGA HERNANDEZ

Número de identificación: 85436774

Fecha de diligenciamiento
2025 30 07

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____ identificado (a) con el documento de identidad: _____No._____ quien manifiesta no saber firmar o no poder firmar, lo hace en su nombre, el señor (a) _____ mayor de edad, identificado (a) con documento de identidad _____ No. _____ y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma A Ruego

_____
Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:
Edad:
Domicilio:

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

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

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

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

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

Firma del afiliado (Cotizante) _____

Número de identificación: 85436774

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





GEO TECHNICAL S.A.S.	REGISTRO DE ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	CÓDIGO	FO-HQ-10
		EDICIÓN	VER 1 / REV. 1
	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN HSEQ	FECHA	2/10/2016

NOMBRE DEL TRABAJADOR: WILFRIDO VEGA — CC. 85.436.774

CARGO DEL TRABAJADOR: AUXILIAR PERFORADOR

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: CLAUDIA URREA — C.C. 52.558.918

ELEMENTO DE PROTECCIÓN ENTREGADO	PRIMERA ENTREGA			SEGUNDA ENTREGA			TERCERA ENTREGA			CUARTA ENTREGA		
	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO	CANTIDAD	FECHA	FIRMA DE RECIBIDO
CASCO	1	24/07/2025	Wilfrido Vega									
GAFAS	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE INSERCIÓN	1	24/07/2025										
PROTECTOR AUDITIVO DE COPA												
GUANTES DE CARNAZA	1	24/07/2025										
CAMISA	1	24/07/2025										
PANTALÓN	1	24/07/2025	Wilfrido Vega									
IMPERMEABLE												
BOTAS DE SEGURIDAD CUERO	1	24/07/2025										
BOTAS DE SEGURIDAD CAUCHO												
CHALECO REFLECTIVO												
ARNES												
ESLINGA DE POSICIONAMIENTO												
ESLINGA CON ABSORCIÓN DE CHOQUE												
TAPABOCAS												
FAJA												

DECLARO QUE:

1. He recibido los elementos de dotación relacionados anteriormente.
2. He recibido capacitación sobre la importancia del uso y mantenimiento adecuado de éstos elementos.
3. Me comprometo a cuidarlos, protegerlos y utilizarlos permanentemente en las áreas donde se tenga establecido su uso obligatorio.

Además me comprometo a devolver a **GEOTECHNICAL SAS,** los útiles que me entreguen según lo estipulado, o en su defecto las piezas desgastadas antes de recibir otros que lo remplacen.

En caso de pérdida o no devolución de elementos, reportaré la perdida debidamente justificada (Elementos que deben ser devueltos en cada cambio o reposición de cualquiera de los elementos recibidos)

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1748553711

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
03/09/2025

Número de aprobación
00553711

Dirección IP
201.245.251.238

Valor transacción
$ 360.400,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.245.251.238	NIT	900217608

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	03/09/2025	89514199	$360.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	28.500	0		0		0	29	600	0	29.100	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	1.900	0		0		0	29	100	0	2.000	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	1.900	0		0		0	29	100	0	2.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	13.300	0		0		0	29	300	0	13.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	30.400	0	0	0	0	29	600	0	31.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	121.600	0	0	0	0	29	2.300	0	123.900	4
231001	Colfondos	800227940-6	30.400	0	0	0	0	29	600	0	31.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	79.800				79.800	29	1.500	81.300			798	81.300	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.600	29	900	46.500	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	29	0	0	0
ICBF				
0	29	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	45.600	46.700
Pensión	3	182.400	185.900
Riesgos Laborales	1	79.800	81.300
CCF	1	45.600	46.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	353.400	360.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	03/09/2025	89514199	$360.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003003270	MELLADO MESTRA ANDRES FELIPE	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS041	47.450	1.900	14-23	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
2	CC	1066745080	MEJIA GUTIERREZ NEVER ANDRES	1	0			S	X	X															230301	332.150	53.200	0	0	0	0	ESSC07	332.150	13.300	14-23	332.150	5	23.200	CCF24	332.150	13.300	0	0	0	0	0
3	CC	1122810883	HERNANDEZ SOLANO CESAR ALERTO	1	0			S	X	X															230201	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	7.600	14-23	189.800	5	13.300	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
4	CC	77037314	TORRES RODRIGUEZ LAUGLHIN ALCIDES	1	0			S	X	X															231001	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	7.600	14-23	189.800	5	13.300	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
5	CC	80803093	AYAZO HOYOS RUBEN DARIO	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS048	47.450	1.900	14-23	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
6	CC	85436774	VEGA HERNANDEZ WILFRIDO	1	0			S	X	X															230301	332.150	53.200	0	0	0	0	EPS002	332.150	13.300	14-23	332.150	5	23.200	CCF24	332.150	13.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1748553711

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
03/09/2025

Número de aprobación
00553711

Dirección IP
201.245.251.238

Valor transacción
$ 360.400,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
201.245.251.238	NIT	900217608

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	03/09/2025	89514199	$360.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	28.500	0		0		0	29	600	0	29.100	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	1.900	0		0		0	29	100	0	2.000	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	1.900	0		0		0	29	100	0	2.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	13.300	0		0		0	29	300	0	13.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	30.400	0	0	0	0	29	600	0	31.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	121.600	0	0	0	0	29	2.300	0	123.900	4
231001	Colfondos	800227940-6	30.400	0	0	0	0	29	600	0	31.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	79.800				79.800	29	1.500	81.300			798	81.300	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.600	29	900	46.500	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	29	0	0	0
ICBF				
0	29	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	45.600	46.700
Pensión	3	182.400	185.900
Riesgos Laborales	1	79.800	81.300
CCF	1	45.600	46.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	353.400	360.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	03/09/2025	89514199	$360.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003003270	MELLADO MESTRA ANDRES FELIPE	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS041	47.450	1.900	14-23	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
2	CC	1066745080	MEJIA GUTIERREZ NEVER ANDRES	1	0			S	X	X															230301	332.150	53.200	0	0	0	0	ESSC07	332.150	13.300	14-23	332.150	5	23.200	CCF24	332.150	13.300	0	0	0	0	0
3	CC	1122810883	HERNANDEZ SOLANO CESAR ALERTO	1	0			S	X	X															230201	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	7.600	14-23	189.800	5	13.300	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
4	CC	77037314	TORRES RODRIGUEZ LAUGLHIN ALCIDES	1	0			S	X	X															231001	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	7.600	14-23	189.800	5	13.300	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
5	CC	80803093	AYAZO HOYOS RUBEN DARIO	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS048	47.450	1.900	14-23	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
6	CC	85436774	VEGA HERNANDEZ WILFRIDO	1	0			S	X	X															230301	332.150	53.200	0	0	0	0	EPS002	332.150	13.300	14-23	332.150	5	23.200	CCF24	332.150	13.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo, **DIANA MARCELA BONILLA**, identificado (a) con la C. C. N° **52.229.870** en calidad de Contador Público y **ALICIA DE JESÚS PRETEL BERROCAL** identificado (a) con la C.C. N° **41.465.705** en calidad de representante legal de **SUELOS Y PAVIMENTOS GREGORIO ROJAS Y CIA LTDA.**, identificada con NIT **830.023.614-2**, debidamente inscritos en la Cámara de Comercio de Bogotá, certificamos el cumplimiento en el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses.

Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 1150 de 2007.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá, a los tres (03) días del mes de Septiembre de dos mil veinticinco (2025), con destino a **GEOTECHNICAL S.A.S.**

Cordialmente,

DIANA MARCELA BONILLA S.
Tarjeta Profesional No. 83074-T
Contadora Pública

ALICIA PRETEL BERROCAL
Representante Legal

CE-1807-2025-09-03

Ordenado: Alicia Pretel B. Elaboró: Alejandra Castañeda

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ENSAYOS SUSCRITO ENTRE GEOTECHNICAL S.A.S. Y INGEOMAD INGENIERA Y GEOFISICA SAS

Se hace saber que previo acuerdo entre las partes, a saber:

Por una parte**, MAURICIO DELGADO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1111.193.779, obrando en nombre y representación de **INGEOMAD INGENIERA Y GEOFISICA SAS.** con No. de **NIT. 900.698.377-1** (en adelante "**EL CONTRATISTA**"), y debidamente autorizado para celebrar el presente contrato, según certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de BOGOTA.

Y por la otra, **FRANKLEN CARLOS SUTA PICO**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 86.052.365, obrando en nombre y representación de **GEOTECHNICAL S.A.S.** con No. de **NIT. 900.217.608-5** (en adelante "**EL CONTRATISTA**"), sociedad legalmente constituida mediante escritura pública No. **718** otorgada el 22 de ABRIL de 2008 en la Notaria 10 del círculo de Bogotá, con domicilio en Bogotá, inscrita en la Cámara de Comercio de esta ciudad el 14 de mayo de 2008 bajo el número 01213399 y debidamente autorizado para celebrar el presente contrato, según certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de BOGOTA anexo (en adelante "**EL CONTRATANTE**"), sociedad legalmente constituida bajo el documento Consorcial y debidamente autorizado para celebrar el presente contrato, según certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de **BOGOTA** anexo,

EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA podrán denominarse conjuntamente las "Partes"

Las Partes, han decidido celebrar el presente Contrato de Prestación de Servicios (en adelante el "Contrato"), contenido en las siguientes

CLAUSULAS

PRIMERO. - OBJETO

EL CONTRATISTA, de acuerdo con los términos y condiciones del Contrato prestará al CONTRATANTE el servicio de realización de:

Realizar los ensayos de Geofísica para 6 líneas, en forma local, identificando tanto su distribución como sus características correspondientes. En los ensayos se debe determinar el perfil del subsuelo, identificar el nivel freático.

SEGUNDA. - RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA

Además de las obligaciones establecidas en otras partes del Contrato, EL CONTRATISTA se obliga a:

a) Realizar y ejecutar todos los actos necesarios y cumplir todas las obligaciones, requerimientos y especificaciones necesarias o convenientes para cumplir el

Carrera 87 No 72a – 23, Bogotá, Colombia, Cel. 311 287 48 87
e-mail: carlos_suta04@hotmail.com

Contrato, dentro de los plazos y en las condiciones contenidas en el mismo; amparados en los requerimientos del Municipio, la Corporación y la norma NSR-10.

b) Entregar al CONTRATANTE, un memorial de responsabilidad amparado por la matrícula profesional con su respectiva vigencia.

c) Contar con la infraestructura técnica y administrativa necesaria para la prestación del servicio, de conformidad con lo señalado en el presente contrato.

d) Las demás derivadas del presente contrato o la Ley.

TERCERA. - VALOR DEL CONTRATO: TÉRMINOS DE PAGO
El presente es un contrato por un valor de:

VEINTE MILLONES DE PESOS MCTE. $ 20.000.000

Dicho valor comprende cualquier suma en que EL CONTRATISTA pudiera incurrir para la ejecución de las labores encomendadas incluidos gastos de viajes, alojamiento, alimentación, seguros de vehículos y equipos, arrendamiento de equipos utilizados para adelantar los servicios contratados, etc.

Los pagos se realizarán de la siguiente forma:

1. Un anticipo de diez millones de pesos ($ 10.000.000) para la realización de los ensayos.
2. Un saldo final a la entrega y recibo a satisfacción de la entidad contratante.

La factura deberá contar con todos los requisitos fiscales vigentes al momento de presentación de esta para su cobro a GEOTECHNICAL SAS, así como copia de toda la documentación comprobatoria que avale los trabajos llevados a cabo durante el período.

Las facturas solo podrán ser aceptadas por GEOTECHNICAL SAS si EL CONTRATISTA ha cumplido con la prestación de los servicios a satisfacción del Contratante.

CUARTA. - PLAZO
A partir de la firma del contrato, el CONTARTISTA deberá entregar los estudios y diseños en un plazo máximo de quince (15) días, y se deberá hacer una entrega parcial y/o preliminar de los trabajos cada mes para verificar el avance del mismo.

QUINTA. - FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO
Las Partes no son responsables del incumplimiento o la mora producidos por fuerza mayor o caso fortuito. Para el efecto cada parte deberá demostrar a la otra en debida forma, la ocurrencia del evento y la relación de causalidad que impida o retarde el cumplimiento de las obligaciones de conformidad con lo dispuesto en el artículo primero (1º) de la Ley 95 de 1890. La prórroga podrá ser concedida, por el período de tiempo igual a aquel durante el cual subsista el impedimento.

Carrera 87 No 72a – 23, Bogotá, Colombia, Cel. 311 287 48 87
e-mail: carlos_suta04@hotmail.com

Cada una de las partes deberá informar a la otra parte sobre la ocurrencia de cualquier evento de caso fortuito o fuerza mayor, así como su duración y finalización esperada, respectivamente, sin retraso alguno.

SEXTA. - RESOLUTORIA Y PENAL PECUNIARIA
El incumplimiento del **CONTRATISTA** de cualquiera de las obligaciones derivadas del presente contrato, facultará a **EL CONTRATANTE** para resolverlo de pleno derecho y proceder a hacer efectiva la cláusula penal pecuniaria, sin necesidad de requerimiento previo o judicial, al cual renuncia expresamente **EL CONTRATISTA** y sin que dicha resolución requiera declaración judicial alguna. **PARÁGRAFO:** La cláusula penal pecuniaria constituye al **CONTRATISTA** en deudor frente a **EL CONTRATANTE** a título de pena, de una suma igual al diez por ciento (10%) del valor estimado del Contrato, sin menoscabo del cobro de los perjuicios que pudieren ocasionarse como consecuencia del incumplimiento.

SEPTIMA. - CESION DEL CONTRATO
EL CONTARTISTA no podrá ceder el Contrato, sin autorización, previa, expresa y escrita de EL CONTRATANTE.

OCTAVA. - PROCESO DE NEGOCIACIÓN DIRECTA
En caso de que en la ejecución del Contrato se presentaran situaciones o supuestos no contemplados en el mismo, las partes convienen en realizar sus mejores esfuerzos para que en un termino de cinco (5) días calendario se reúnan para solucionar sus diferencias y quince (15) días para que se logren las negociaciones necesarias por parte de los representantes legales para obtener una solución favorable, basándose en todo caso en el resto de los documentos que hacen parte del Contrato. Si dentro del plazo establecido no se llegare a un acuerdo, las partes podrán acudir a las demás instancias a las que se hace referencia en el presente contrato.

NOVENA. - TRIBUNAL DE ARBITRAMENTO
Salvo en lo referente a acciones que puedan adelantarse por la vía ejecutiva y lo referente a medidas cautelares para la protección de los derechos de propiedad industrial o intelectual del PROVEEDOR, toda diferencia o controversia que surja entre las partes a causa de este Contrato o en relación directa o indirecta con el mismo, se resolverá por un tribunal de arbitramento ante el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas: (1) El tribunal estará integrado por un (1) árbitro designado de común acuerdo por las partes y, en su defecto, por la Cámara de Comercio de Bogotá de las listas allí registradas.; (2) la organización interna, las tarifas y honorarios del tribunal se sujetarán a las reglas previstas para el efecto por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá; (3) el tribunal funcionará en Bogotá, en la sede del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de esta ciudad.

DECIMA. - DOCUMENTOS DEL CONTRATO
Forman parte integral del presente Contrato los siguientes documentos: lo) El Contrato y todos sus Anexos 2o) La Garantías constituidas por el CONTRATISTA a satisfacción de EL CONTRATANTE y sus certificados de modificación que se presenten. 3o) Las comunicaciones que se cursen entre las partes en desarrollo del Contrato, debidamente suscritas por los representantes legales.

Carrera 87 No 72a – 23, Bogotá, Colombia, Cel. 311 287 48 87
e-mail: carlos_suta04@hotmail.com

DECIMA PRIMERA. - DECLARACION DE CONOCIMIENTO
Las Partes declaran y hacen constar que conocen cada una de las estipulaciones contractuales, que han examinado los documentos que hacen parte integral del mismo y que los han considerado en relación con las condiciones del lugar donde han de cumplirse sus obligaciones para lo cual han realizado los estudios necesarios, apreciando el propósito y el alcance de todas las partes del Contrato. EL CONTARTISTA deja constancia que ha investigado las condiciones para el diseño, Fabricación, venta, instalación, puesta en funcionamiento y operación de los bienes objeto del Contrato y de los diferentes servicios incluidos en el mismo.

DECIMA SEGUNDA. - EFECTO DE ANULACION
Este Contrato constituye el acuerdo único e integral entre las partes y deja sin valor cualquier otro convenio verbal o escrito que se hubiere realizado anteriormente entre éstas sobre el mismo asunto.

DECIMA TERCERA. - LEY APLICABLE
El presente Contrato se regirá en todos sus aspectos por las leyes de la República de Colombia.

En constancia de lo anterior, se suscribe en la ciudad de Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de agosto de dos mil veinticinco (2025).

GEOTECHNICAL SAS
FRANKLEN CARLOS SUTA PICO
C.C. 86.052.365
EL CONTRATANTE

INGEOMAD INGENIERA Y GEOFISICA SAS
MAURICIO DELGADO
C.C. 1111.193.779
EL CONTRATISTA

Carrera 87 No 72a – 23, Bogotá, Colombia, Cel. 311 287 48 87
e-mail: carlos_suta04@hotmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141059908638

(415)7707212489984(8020) 000014105990863 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 9 8 3 7 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
INGEOMAD INGENIERÍA Y GEOFÍSICA SAS

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CALLE 83 A 116 A 72 CA 154

42. Correo electrónico facturacioningeomadsas@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 0 1 1	3 0 1 5 8 9 8 1 2 6	3 0 0 5 2 7 8 7 0 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 1 1 2	2 0 1 4 0 2 0 3	7 1 1 1	2 0 1 4 0 2 0 3		4 6 5 9	4 3 9 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	9	1	0	1	4	4	2	4	8	5	2	5	5											

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
14- Informante de exogena
42- Obligado a llevar contabilidad
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico
55 - Informante de Beneficiarios Finales

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código	2 2	2 3																		

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
1	1	57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre DELGADO EDIER MAURICIO

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141059908638

(415)7707212489984(8020) **000014105990863 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 9 8 3 7 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas	1 2	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	1

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 4	
72. Número		
73. Fecha	2 0 1 4 0 2 0 3	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 4 0 2 0 4	
77. No. Matrícula mercantil	0 2 4 0 8 4 4 1	
78. Departamento	1 1	
79. Ciudad/Municipio	4	
Vigencia		
80. Desde	2 0 1 4 0 2 0 3	
81. Hasta	2 0 9 9 1 2 3 1	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia de Sociedades — 5

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 1	2 0 2 4 0 5 1 6		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 3 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141059908638

(415)7707212489984(8020) **000014105990863 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 0 6 9 8 3 7 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 4 0 2 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	1 1 1 1 1 9 3 7 7 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
DELGADO		EDIER	MAURICIO

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900698377-1	INGEOMAD INGENIERIA Y GEOFISICA SAS	CALLE 83A # 116A-72 CASA 154	2021944	ingeomadsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	0001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	19/08/2025	89007330	$10.140.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.221.500	0		0		0	0	0	0	1.221.500	5
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	356.000	0		0		0	0	0	0	356.000	2
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	780.500	0		0		0	0	0	0	780.500	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	356.000	0		0		0	0	0	0	356.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.139.000	0	0	0	0	0	0		1.139.000	5
230301	Porvenir	800224808-8	2.162.400	0	0	0	0	0	0		2.162.400	7
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	929.500				929.500	0	0	929.500			9.295	929.500	14

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	925.800	0	0	925.800	13
CCF34	Cofrem	892000146-3	57.000	0	0	57.000	1

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900698377-1	INGEOMAD INGENIERIA Y GEOFISICA SAS	CALLE 83A # 116A-72 CASA 154	2021944	ingeomadsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	0001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	19/08/2025	89007330	$10.140.500	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
491.400	0	0	491.400	14
ICBF				
737.600	0	0	737.600	14
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	3.070.000	3.070.000
Pensión	4	3.929.200	3.929.200
Riesgos Laborales	1	929.500	929.500
CCF	2	982.800	982.800
ESAP	0	0	0
ICBF	1	737.600	737.600
MEN	0	0	0
SENA	1	491.400	491.400
TOTALES	15	10.140.500	10.140.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900698377-1	INGEOMAD INGENIERIA Y GEOFISICA SAS		CALLE 83A # 116A-72 CASA 154	2021944	ingeomadsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	0001	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					14	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	19/08/2025	89007330	$10.140.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1006022106	BUITRAGO CARRILLO CARLOS FERNANDO	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
2	CC	1024479177	OSPINA PATIÑO DANIEL	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
3	CC	1026255269	BEDOYA OSPINA CHRISTIAN HERNANDO	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
4	CC	1026274281	HERRERA DE LA ROSA LORENA LIZETH	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
5	CC	1032489977	DUARTE BRAVO DANIEL ANDRES	1	0			N																	25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS005	2.500.000	312.500	14-11	2.500.000	1	13.100	CCF22	2.500.000	100.000	2.500.000	50.000	75.000	0	0
6	CC	1033725110	ARIAS BELLO YANETH EMILSEN	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
7	CC	1052407476	NIÑO MARTINEZ DIEGO	1	0			N																	230301	2.320.000	371.200	0	0	0	0	EPS037	2.320.000	290.000	14-11	2.320.000	5	161.500	CCF22	2.320.000	92.800	2.320.000	46.400	69.600	0	0
8	CC	1074810525	VALLEJO VIRGUEZ CRISTIAN CAMILO	1	0			N	X																230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF34	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
9	CC	1096223217	ALVIS BENAVIDES CAMILO ANDRES	1	0			N																	230301	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS005	3.000.000	375.000	14-11	3.000.000	5	208.800	CCF22	3.000.000	120.000	3.000.000	60.000	90.000	0	0
10	CC	1111193779	DELGADO EDIER MAURICIO	1	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
11	CC	1111194252	CRUZ GOMEZ WALTER DAVID	1	0			N																	230301	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS037	2.500.000	312.500	14-11	2.500.000	1	13.100	CCF22	2.500.000	100.000	2.500.000	50.000	75.000	0	0
12	CC	1111194458	DELGADO SANCHEZ LILIANA MARCELA	1	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS041	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
13	CC	1111203770	DIAZ SANCHEZ GABRIELA	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
14	CC	1128327105	LARIOS GUERRERO LEONARDO DAVID	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	5	99.100	CCF22	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0

PAGADA

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

MAYO

DOCUEMNTO	EMPLEADO	PLANILLA	MES	IBC
98430232	YIMER SILVIO ALREGRIA CAICEDO	86740814	MAYO - JUNIO	2.200.000
86052365	FRANKLEN CARLOS SUTA PICO	7969263933	MAYO	2.000.000

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	18/07/2025	86740814	$700.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	43	2.500	0	90.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	43	9.700	0	361.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	43	4.200	157.400			1.532	157.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	43	2.500	90.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	43	0	0	0
ICBF				
0	43	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	90.500
Pensión	1	352.000	361.700
Riesgos Laborales	1	153.200	157.400
CCF	1	88.000	90.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	700.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-05	E	18/07/2025	86740814	$700.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	86052365
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANKLEN CARLOS SUTA PICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 87 72A 23	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**7969263933**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		2						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/19		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1565366971		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 320.000	$ 500	$ 320.500
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 500**	**$ 320.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 250.000	$ 400	$ 0	$ 250.400
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 250.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 139.200	$ 139.200	$ 200	$ 0	$ 139.400
SUBTOTALES:									**$ 139.200**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 139.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 12.000	$ 100	$ 12.100
SUBTOTALES:			**$ 12.000**	**$ 100**	**$ 12.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 86052365	SUTA PICO FRANKLEN CARLOS	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2.000.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	86052365	$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 722.400

Planilla Pagada

JUNIO

DOCUEMNTO	EMPLEADO	PLANILLA	MES	IBC
98430232	YIMER SILVIO ALREGRIA CAICEDO	87485568	JUNIO JULIO	2.200.000
86052365	FRANKLEN CARLOS SUTA PICO	7975564325	JUNIO	2.000.000

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	25/07/2025	87485568	$690.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	22	1.300	0	89.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	22	4.900	0	356.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	22	2.100	155.300			1.532	155.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	22	1.300	89.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	22	0	0	0
ICBF				
0	22	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	89.300
Pensión	1	352.000	356.900
Riesgos Laborales	1	153.200	155.300
CCF	1	88.000	89.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	690.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-06	E	25/07/2025	87485568	$690.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	86052365
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANKLEN CARLOS SUTA PICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 87 72A 23	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	**7975564325**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	13						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/28			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1658208091		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 320.000	$ 2.600	$ 322.600
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 2.600**	**$ 322.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 250.000	$ 2.100	$ 0	$ 252.100
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 2.100**	**$ 0**	**$ 252.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 139.200	$ 139.200	$ 1.200	$ 0	$ 140.400
SUBTOTALES:									**$ 139.200**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 140.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 12.000	$ 100	$ 12.100
SUBTOTALES:			**$ 12.000**	**$ 100**	**$ 12.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 86052365	SUTA PICO FRANKLEN CARLOS	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	86052365	$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 727.200

Planilla Pagada

JULIO

DOCUEMNTO	EMPLEADO	PLANILLA	MES	IBC
98430232	YIMER SILVIO ALREGRIA CAICEDO	88351382	JULIO - AGOSTO	2.200.000
1066745080	NEVER ANDRES MEJIA GUTIERREZ	89514199	JULIO - AGOSTO	1.423.500
77037314	ALCIDES TORRES	89514199	JULIO - AGOSTO	1.423.500
85436774	WILFREDO VEGA	89514199	JULIO - AGOSTO	1.423.500
86052365	FRANKLEN CARLOS SUTA PICO	7980627777	JULIO	220.000

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88351382	$693.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	27	1.600	0	89.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	27	6.100	0	358.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	27	2.700	155.900			1.532	155.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	27	1.600	89.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	27	0	0	0
ICBF				
0	27	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	89.600
Pensión	1	352.000	358.100
Riesgos Laborales	1	153.200	155.900
CCF	1	88.000	89.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	693.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	01/09/2025	88351382	$693.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	03/09/2025	89514199	$360.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	28.500	0		0		0	29	600	0	29.100	3
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	1.900	0		0		0	29	100	0	2.000	1
EPS048	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	1.900	0		0		0	29	100	0	2.000	1
ESSC07	EPS-S Mutual Ser	806008394-7	13.300	0		0		0	29	300	0	13.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	30.400	0	0	0	0	29	600	0	31.000	1
230301	Porvenir	800224808-8	121.600	0	0	0	0	29	2.300	0	123.900	4
231001	Colfondos	800227940-6	30.400	0	0	0	0	29	600	0	31.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	79.800				79.800	29	1.500	81.300			798	81.300	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.600	29	900	46.500	6

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	29	0	0	0
ICBF				
0	29	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	45.600	46.700
Pensión	3	182.400	185.900
Riesgos Laborales	1	79.800	81.300
CCF	1	45.600	46.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	353.400	360.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	OPERATIVA	OPERATIVA	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-07	E	03/09/2025	89514199	$360.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003003270	MELLADO MESTRA ANDRES FELIPE	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS041	47.450	1.900	14-23	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
2	CC	1066745080	MEJIA GUTIERREZ NEVER ANDRES	1	0			S	X	X															230301	332.150	53.200	0	0	0	0	ESSC07	332.150	13.300	14-23	332.150	5	23.200	CCF24	332.150	13.300	0	0	0	0	0
3	CC	1122810883	HERNANDEZ SOLANO CESAR ALERTO	1	0			S	X	X															230201	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	7.600	14-23	189.800	5	13.300	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
4	CC	77037314	TORRES RODRIGUEZ LAUGLHIN ALCIDES	1	0			S	X	X															231001	189.800	30.400	0	0	0	0	EPS002	189.800	7.600	14-23	189.800	5	13.300	CCF24	189.800	7.600	0	0	0	0	0
5	CC	80803093	AYAZO HOYOS RUBEN DARIO	1	0			S	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS048	47.450	1.900	14-23	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	0	0	0	0	0
6	CC	85436774	VEGA HERNANDEZ WILFRIDO	1	0			S	X	X															230301	332.150	53.200	0	0	0	0	EPS002	332.150	13.300	14-23	332.150	5	23.200	CCF24	332.150	13.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	86052365
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANKLEN CARLOS SUTA PICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 87 72A 23	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	**7980627777**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	15						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/03			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1748563431		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 320.000	$ 3.100	$ 323.100
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 3.100**	**$ 323.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 2.400	$ 0	$ 250.000	$ 2.400	$ 0	$ 252.400
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 2.400**	**$ 0**	**$ 252.400**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 139.200	$ 139.200	$ 1.400	$ 0	$ 140.600
SUBTOTALES:									**$ 139.200**	**$ 1.400**	**$ 0**	**$ 140.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 12.000	$ 200	$ 12.200
SUBTOTALES:			**$ 12.000**	**$ 200**	**$ 12.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP							CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																					
1	CC 86052365	SUTA PICO FRANKLEN CARLOS	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	86052365	$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 728.300

Planilla Pagada

AGOSTO

98.430.232	YIMER SILVIO ALREGRIA CAICEDO	89130064	AGOSTO - SEP	2.200.000
86052365	FRANKLEN CARLOS SUTA PICO	7985530402	AGOSTO	2.200.000

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-08	E	27/10/2025	89130064	$704.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	54	3.000	0	91.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	54	11.800	0	363.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	54	5.200	158.400			1.532	158.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	54	3.000	91.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	54	0	0	0
ICBF				
0	54	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	91.000
Pensión	1	352.000	363.800
Riesgos Laborales	1	153.200	158.400
CCF	1	88.000	91.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	704.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-08	E	27/10/2025	89130064	$704.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	86052365
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANKLEN CARLOS SUTA PICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 87 72A 23	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7985530402**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		16					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1817051111

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 320.000	$ 3.300	$ 323.300
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 3.300**	**$ 323.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 250.000	$ 2.600	$ 0	$ 252.600
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 2.600**	**$ 0**	**$ 252.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 139.200	$ 139.200	$ 1.400	$ 0	$ 140.600
SUBTOTALES:									**$ 139.200**	**$ 1.400**	**$ 0**	**$ 140.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 12.000	$ 200	$ 12.200
SUBTOTALES:			**$ 12.000**	**$ 200**	**$ 12.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 86052365	SUTA PICO FRANKLEN CARLOS	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2.000.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	86052365	$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 728.700

Planilla Pagada

SEPTIEMBRE

98.430.232	YIMER SILVIO ALREGRIA CAICEDO	89953772	SEP - OCTUBRE	2.200.000
86052365	FRANKLEN CARLOS SUTA PICO	7989070708	SEPTIEMBRE	2.000.000

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	20/10/2025	89953772	$688.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	17	1.000	0	89.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	17	3.700	0	355.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	17	1.600	154.800			1.532	154.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	17	1.000	89.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	17	0	0	0
ICBF				
0	17	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	89.000
Pensión	1	352.000	355.700
Riesgos Laborales	1	153.200	154.800
CCF	1	88.000	89.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	688.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	20/10/2025	89953772	$688.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	86052365
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANKLEN CARLOS SUTA PICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 87 72A 23	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**7989070708**			TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		7						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/23				NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1873346850

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 320.000	$ 1.400	$ 321.400
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 1.400**	**$ 321.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 250.000	$ 1.100	$ 0	$ 251.100
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 1.100**	**$ 0**	**$ 251.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 139.200	$ 139.200	$ 600	$ 0	$ 139.800
SUBTOTALES:									**$ 139.200**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 139.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 12.000	$ 100	$ 12.100
SUBTOTALES:			**$ 12.000**	**$ 100**	**$ 12.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP													
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 86052365	SUTA PICO FRANKLEN CARLOS	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2.000.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	86052365	$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 724.400

Planilla Pagada

OCTUBRE

98.430.232	YIMER SILVIO ALREGRIA CAICEDO	89953772	OCTUBRE - NOVIEMBRE	2.200.000
86052365	FRANKLEN CARLOS SUTA PICO	7992212750	OCTUBRE	2.000.000

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	20/10/2025	89953772	$688.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	88.000	0		0		0	17	1.000	0	89.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	352.000	0	0	0	0	17	3.700	0	355.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	153.200				153.200	17	1.600	154.800			1.532	154.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	88.000	17	1.000	89.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	17	0	0	0
ICBF				
0	17	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.000	89.000
Pensión	1	352.000	355.700
Riesgos Laborales	1	153.200	154.800
CCF	1	88.000	89.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	681.200	688.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	900217608-5	GEOTECHNICAL LTDA		Cr 87 72a 23	3222180372	geotechnicalsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	B – menos de 200 c	ING INDIV	03	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-09	E	20/10/2025	89953772	$688.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	98430232	ALEGRIA CAICEDO YIMER SILVIO	1	0			S																	25-14	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS017	2.200.000	88.000	14-23	2.200.000	5	153.200	CCF24	2.200.000	88.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	86052365
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANKLEN CARLOS SUTA PICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 87 72A 23	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:			**7992212750**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/28		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1883616999		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 320.000
SUBTOTALES:										**$ 320.000**	**$ 0**	**$ 320.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 250.000
SUBTOTALES:													**$ 250.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 250.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 139.200	$ 139.200	$ 0	$ 0	$ 139.200
SUBTOTALES:									**$ 139.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 139.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 12.000	$ 0	$ 12.000
SUBTOTALES:			**$ 12.000**	**$ 0**	**$ 12.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD							ARP														
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 86052365	SUTA PICO FRANKLEN CARLOS	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 2.000.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.000.000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.000.000	$ 250.000	$ 0	$ 250.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.000.000	86052365	$ 139.200	30	$ 2.000.000	CCF24-COMPENSAR	$ 12.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 721.200

Planilla Pagada

banco popular

CERTIFICACIÓN DE PRODUCTO

Ciudad,
BOGOTA

El Banco Popular, hace constar que el cliente GEOTECHNICAL SAS identificado con NIT Persona Jurídica No. 9002176085 , actualmente posee el siguiente producto radicado en la oficina 87 Titan Plaza con las siguientes caracteristicas:

Tipo de Producto:	538 Ahorro Pyme
Número:	500-80781404-5
Fecha de Apertura:	2025-09-02
Nombre Cuenta	GEOTECHNICAL SAS
Estado	ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a A QUIEN INTERESE
Elaborada en la oficina 087 TITAN PLAZA BOGOTA el dia 02 del mes 09 del año 2025

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Sin firma autografa art. 10 decreto 836 de 1991.
BANCO POPULAR

Fogafín