aportes en línea

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CE 925161		ANTONI ALAIN ZERPA CARDENAS	INDEPENDIENTE	Principal	Cra. 38 # 74-186 piso 2	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3109137	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	741034869	9409974589	I	2020/09/14	2020/09/14	BANCO DAVIVIENDA	1	$342,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$342,000
Centro de trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$342,000
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$342,000
1	CE	925161	ZERPA ANTONI																	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS002	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$342,000
Total Afiliados (1)																						$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$0	$0			$0	$0		$342,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$0	$0	$192,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$0	$0	$192,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$0	$0	$150,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$150,000	$0	$0	$150,000
TOTAL				1	$342,000	$0	$0	$342,000

Colmena Seguros | FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 185468

I. TRÁMITE			
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	10/09/2020 6:14:39	Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	890102006	DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO	CL 40 45 46 PI 2	1172948

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
4	ELIMINACION DE DESPERDICIOS Y AGUAS RESI	4900002	4
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 40 45-46		BARRANQUILLA	Atlántico

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR					
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
CE	925161	ZERPA	CARDENAS		
NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA			
ANTONI ALAIN	16/5/1986	CR 38#74-186			
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		SEXO
BARRANQUILLA	3307251	3012666625	jesusoliverosto@hotmail.com		M
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA			
0		Urbana			
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO		
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Colpensiones	2		
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO		
Mes Anticipado		8/9/2020	12000000		
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE		
ADMINISTRATIVO	7/9/2020	31/12/2020	NO		
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC			
0	3000000	1200000			
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA		
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes	NO DEFINIDO	Presencial	JORNADA UNICA		
ACTIVIDAD A DESARROLLAR		CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR		
EMPRESA DEDICADAS ALTRANSPORTE INTERMUNI		4604201	4		

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 10/09/2020 6:14:39. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

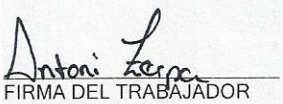
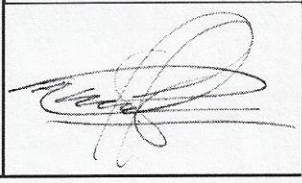
Colmena Seguros

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 185468

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE	DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.		
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	 FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE	FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL 	SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 10/09/2020 6:14:39. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO identificado(a) con NI 890102006 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ANTONI ALAIN ZERPA CARDENAS identificado(a) con CE 925161

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9410238715	730776271	Y	2020-09-02	ARL	14-25	COLMENA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-08	30		X																$1,200,000	4.35%	$52,200

Este certificado se expide el día 2020-09-04 a las 05:15.