aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91233578		GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 36 NO 97 8	BUCARAMANGA-SANTANDER	6498356	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	2090429832	9497940618	I	2026/02/18	2026/01/19	BANCO CAJA SOCIAL	0	$719,300

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
1	CC	91233578 GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN																		25-14	30	$2,028,116	$324,500	EPS037	30	$2,028,116	$253,600		0	$0	$0	14-11	30	$2,028,116	6.960%	$141,200	0	$0	$0	No	$719,300
Total		**Afiliados(1)**																			$2,028,116	$324,500			$2,028,116	$253,600			$0	$0			$2,028,116		$141,200		$0	$0		$719,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$324,500	$0	$0	$324,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$324,500	$0	$0	$324,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$141,200	$0	$0	$141,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$141,200	$0	$0	$141,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$253,600	$0	$0	$253,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$253,600	$0	$0	$253,600
TOTAL				1	$719,300	$0	$0	$719,300

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

GELVER MESA DUARTE identificado con **Cédula Ciudadanía 13565785** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	FUMIGOMEZ
Tipo y Número de Documento	Cédula Ciudadanía 91233578
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/16
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	4812901
Clase de Riesgo	4
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/15.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

JORGE EDUARDO PEREIRA OSORIO identificado con **Cédula Ciudadanía 1096192670** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR	
Nombres y/o Razón Social	FUMIGOMEZ
Tipo y Número de Documento	Cédula Ciudadanía 91233578
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL	
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/01/16
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Dependiente
Código Actividad Económica	4812901
Clase de Riesgo	4
Fecha de Retiro	Sin Retiro

Esta certificación se expide a los 2026/01/15.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_FR01 v_06
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 15/01/2026 03:18:08 PM
Fecha de radicación : 15/01/2026 03:18:00 PM
ITD_202601151518_13565785

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 91233578	6	GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN

Sucursal	Agencia
PRI - GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 13.565.785	2000/10/11	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	1982/08/13

Nombres y apellidos			
GELVER		MESA	DUARTE

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	BLOQUE 9 APARTAMENTO 302	BUCARICA

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
FLORIDABLANCA	SANTANDER	URBANA		3107736242

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
GELVERMESA86@GMAIL.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2026/01/16	FUMIGADORES Y OTROS CONTROLADORES DE PLAGAS Y MALAS HIERBAS

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,750,905		1,750,905

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
FLORIDABLANCA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M, F o NB	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

Medio de pago		¿Cuenta con certificado bancario?		Tipo de cuenta		Número de cuenta	

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino
(NB) No binario

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Al diligenciar este formulario autorizo a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, ubicada en la Avenida González Valencia No. 52-69 de Bucaramanga y con teléfono de contacto 607 6577000, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, consignados en este medio y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, con el fin de que sean consultados y reportados en centrales de riesgo, transmitidos y transferidos nacional e internacionalmente, usados para contactarme para adelantar gestiones de cobro y/o enviar mensajes publicitarios o comerciales, a través de los canales: correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y en general para las demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfenalcosantander.com.co la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro que poseo autorización de los otros titulares de datos que suministro (Beneficiarios, Grupo Familiar, Dependientes, entre otros), para que Comfenalco Santander les dé tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la Política mencionada.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN
Firma del empleador
Número documento empleador 91233578

GELVER MESA DUARTE
Firma del trabajador
Número documento trabajador 13.565.785

Comfenalco SANTANDER
Se preocupa por ti.
N.I.T 890.201.578-7

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE

Canal de recepción: PLATAFORMA WEB

Radicado No.
Fecha de creación : 15/01/2026 03:15:15 PM
Fecha de radicación : 15/01/2026 03:15:00 PM
ITD_202601151515_1096192670

1. DATOS DEL EMPLEADOR

Documento de identificación	D.V	Razón social
C 91233578	6	GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN

Sucursal	Agencia
PRI - GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN	PRINCIPAL

2. DATOS DEL TRABAJADOR

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento
CC 1.096.192.670	2006/01/10	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	1988/01/08

Nombres y apellidos			
JORGE	EDUARDO	PEREIRA	OSORIO

Sexo	Estado civil	Dirección y barrio de residencia	
MASCULINO	SOLTERO(A)	APARTAMENTO 101	BUCARICA

Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
FLORIDABLANCA	SANTANDER	URBANA		3182300131

Correo electrónico	Nivel de escolaridad
JORGEPEREIRA@LIVE.COM	MEDÍA (10° A 11°)

3. INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN LABORAL

Fecha de inicio	Cargo actual
2026/01/16	FUMIGADORES Y OTROS CONTROLADORES DE PLAGAS Y MALAS HIERBAS

¿Trabajador servicio doméstico?	Jornada laboral	Tipo de salario	Salario básico mes	Comisiones mes	Salario/ingreso total mes
NO	TIEMPO COMPLETO	FIJO	1,750,905	0	1,750,905

Municipio y departamento del lugar de trabajo		Zona del lugar de trabajo
FLORIDABLANCA	SANTANDER	URBANA

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Documento de identificación	Fecha de expedición	Lugar de expedición		Fecha de nacimiento

Nombres y apellidos			

Sexo	Municipio y departamento de residencia		Zona de residencia	Ocupación

Razón social de la empresa o nombre del pagador de la pensión	Salario/ingreso total mes	¿Recibe subsidio en dinero?	¿En cúal Caja de Compensación Familiar?

5. DATOS DE PERSONAS A CARGO

Documento de identificación	Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Municipio y departamento residencia	Zona de residencia	Sexo M, F o NB	Parentesco	Estudiante Solo si aplica	Nivel de escolaridad	Certificado de Discapacidad
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○
							○		○

Medio de pago		¿Cuenta con certificado bancario?		Tipo de cuenta		Número de cuenta	

DESCRIPCIÓN DE CAMPOS

1. TIPO DE DOCUMENTO
(N.I.T) Número de identificación tributaría
(T.I) Tarjeta de identidad
(C.C) Cédula de ciudadanía
(P.A) Pasaporte
(R.C) Registro civil
(C.E) Cédula de extranjería
(P.T) Permiso por protección temporal
(C.D) Carné diplomático

2. SEXO
(F) Femenino
(M) Masculino
(NB) No binario

3. PARENTESCO
1. Hijo(a)
2. Padre/Madre
3. Hermano(a)
4. Hijastro(a)
5. Dependiente por custodia legal o judicial

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD
1. Preescolar
2. Básica (1° a 5°)
3. Secundaria (6° a 9°)
4. Media (10° a 11°)
5. Básica adultos (1° a 5°)
6. Secundaria adultos (6° a 9°)
7. Media adultos (10° a 11°)
8. Primera infancia
9. Técnico/Tecnológico
10. Profesional universitario
11. Posgrado/Maestría
12. Ninguno

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (TDP)
Al diligenciar este formulario autorizo a la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Santander, ubicada en la Avenida González Valencia No. 52-69 de Bucaramanga y con teléfono de contacto 607 6577000, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, consignados en este medio y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento, con el fin de que sean consultados y reportados en centrales de riesgo, transmitidos y transferidos nacional e internacionalmente, usados para contactarme para adelantar gestiones de cobro y/o enviar mensajes publicitarios o comerciales, a través de los canales: correo electrónico, correspondencia, llamada telefónica, aplicaciones web y mensajes SMS; y en general para las demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.comfenalcosantander.com.co la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro que poseo autorización de los otros titulares de datos que suministro (Beneficiarios, Grupo Familiar, Dependientes, entre otros), para que Comfenalco Santander les dé tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la Política mencionada.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN (DVI)
Bajo gravedad de juramento declaramos que los datos relacionados en este formulario son exactos, verídicos y corresponden a la conformación actual del grupo familiar del trabajador, aceptando que esta información es la que quedará registrada en la afiliación en Comfenalco Santander.

Señor trabajador:
Conserve esta copia como soporte del trámite de radicación de su inscripción.

GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN
Firma del empleador
Número documento empleador 91233578

JORGE EDUARDO PEREIRA OSORIO
Firma del trabajador
Número documento trabajador 1.096.192.670

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicado	Fecha de Radicado

I DATOS DEL TRAMITE

1 Tipo de tramite: A Afiliación ☐ B Reporte de novedades ☒

2 Tipo de afiliación: A Individual ☐ Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario del adulto adicional ☐ B Colectivo ☐ C Institucional ☐ D Otro ☐

3 Régimen: A Contributivo ☒ B Subsidiado ☐

4 [illegible]: ☐ ☐

5 Tipo de afiliado: A Cotizante ☒ B Cabeza de familia ☐ C Beneficiario ☐ D Adicional ☐

6 Tipo de cotizante: A Dependiente ☒ B Independiente ☐ C Pensionado ☐

7 Código: [illegible]

II AFILIACIÓN

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

8 Apellidos y nombres:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MESA	DURANTE	GELVER	

9 Tipo de documento de identidad: CC

10 Número del documento de identidad: 13565785

11 Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒

12 Sexo identificación: F ☐ M ☒ NS ☐ Otro ☐ Cual: ☐

13 Número del [illegible]:

14 Lugar de nacimiento: País COLOMBIA | Departamento SANTAN | Municipio BUCARAMANGA

15 Fecha de nacimiento: 3 0 8 1978

III DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16 Etnia:

17 Comunidad:

18 Discapacidad: SI ☐ NO ☐ Categoría de discapacidad:

19 Tiene puntaje SISBEN: SI ☐ NO ☐

20 Clasificación SISBEN: Nivel ☐ Grupo ☐

21 Grupo de población especial:

22 Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA

23 Administradora de Pensiones: POIZUENIR

24 Ingreso base de cotización IBC: 1750905

25 Forma Cotización Solidario:

26 Residencia:

Dirección	Teléfono celular	Clase de vivienda
SC5 ML 9-1 302	6827122	Tabiera ☒ Bahareque ☐ Zona Municipal ☐ Dispersa ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐

Departamento	Municipio	Localidad
SANTANDER	FLORIDABLANCA	BUCARICA

IV DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27 Apellidos y nombres:

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28 Tipo de documento de identidad:

29 Número del documento de identidad:

30 Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐

31 Sexo identificación: F ☐ M ☐ Otro ☐ Cual: ☐

32 Nacionalidad:

33 Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio

34 Fecha de nacimiento:

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 de documento de identidad	37 Número del documento de identidad	38 Nacionalidad	39 Sexo biológico: Femenino	Masculino	40 Sexo identificación: F	M	Otro	Cual	41 Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42 Fecha de nacimiento
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

Datos complementarios del beneficiario

	43 Parentesco	44 Etnia	45 Comunidad	46 Grupo de población especial	47 Tiene puntaje SISBEN: SI	NO	48 Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49 SI	NO	Categoría de discapacidad	50 Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51 Datos de residencia

	Departamento	Municipio Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52 Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53 Nombre de la Administradora Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54 Código de la IPS (a registrar por la EPS)

B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55 Número o razón social: LUIS EFRAIN GOMEZ

56 Tipo de documento de identificación: CC

57 Número del documento de identificación: 91233578

58 Tipo de Novedad (a registrar por la EPS)

59 Ubicación: CR36 #197-130 | 6498356 | FUNKYGOMEZ@HOTMAIL | SANTANDER | FLORIDABLANCA

VERSIÓN 2007 - 2 (08)

II. 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 vinculación 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11 Vinculación 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 trámite de protección al cesante
- [ ] 18 Reporte de la calidad de Pre pensionado
- [ ] 19 Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20 Inicio de Contribución Solidaria
- [ ] 21 Retiro de Contribución Solidaria

III. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61 Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62 Sexo biológico	63 Sexo identificación	64 Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

65 EPS anterior	66 Fecha de novedad	67 Motivo de traslado	68 Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	16/01/2026	Código	COMFENALCO

IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69 Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y/o afiliados adicionales
- [ ] 70 Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo (Especial de Excepción)
- [ ] 71 Declaración de presencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 72 Declaración de no inscripción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de servicios de Salud
- [ ] 73 Autorización para que la EPS cobre y cobre los 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 vigente y a las entidades públicas que por 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 Decreto 1377 de 2013
- [ ] 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 SISBEN vigente

V. 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 del documento de identidad

VI. FIRMAS

80 Cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81 Apoderado o representante de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

VII. ANEXOS

82 Anexo copia del documento de identidad — RN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] MI [ ]

Cantidad de documentos de identidad anexos

- [ ] 83 Copia del dictamen de invalidez dado definitivamente 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 Constancia de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91 Copia del acto administrativo o pronunciamiento de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos

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

92 Identificación de la Entidad Territorial		93 Nombre de la Institución
Código de Municipio	Código de Departamento	

IX. 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

Observaciones

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No De Radicado	Fecha de Radicado

PEREIRA OSORIO JORGE EDUARDO

CC 1096192670

ROLANDO BOEL VITONILCAR 01 10 1998

POSITIVA POLICHIC 1750405

BL 13-2 AP 101 3182300131

SANTANDER FLORIDABLANCA BUCARICA

LUIS EFRAIN GOMEZ CC 91233578

CR 36 #197-130 6498356 SANTANDER FLORIDABLANCA

II. REPORTE DE NOVEDADES

2a 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 Traslado, que ya se encuentra en la EPS
  Código
- [ ] 6 Retiro 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 relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11 Inscripción EPS retirado al pago
- [ ] 12 Vinculación a una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios
- [ ] 13 Desvinculación de una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios
- [ ] 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 traslado de pensión al exterior
- [ ] 18 Reporte de la calidad de Pep cancelado
- [ ] 19 Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20 Ingreso a Cotización Voluntaria
- [ ] 21 Retiro de Cotización Voluntaria

III. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

3a Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	3d Sexo biológico	3e Sexo identificación	3f Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

3g EPS anterior	3h Fecha de novedad	3i Motivo de traslado	3j Caja de Compensación Familiar a Pagador de Pensión
	16/01/2025	Código	COMFENALCO

IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 4a Para los efectos de notificaciones electrónicas de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 4b Declaración no tener la calidad de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 4c Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiario
- [ ] 4d Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 4e Autorización para que la EPS valide y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante a cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 4f Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la PILA en el reporte de novedades a la base de datos de afiliados activos y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
- [ ] 4g Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante 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
- [ ] 4h Autorización para que la EPS envíe información promocional o de carácter comercial a través de correo electrónico
- [ ] 4i Aceptación de los condicionantes para validación y de realizar los pagos correspondientes
- [ ] 4j Aceptación de la actualización del grupo familiar y los datos de Cotización del mes según la autoliquidación del periodo siguiente

V. COTIZACIÓN SOLIDARIA

5a En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia respecto la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Cotización Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

VI. FIRMAS

6a Firma del cotizante cabeza de familia o responsable para la cotización a afiliado adicional	6b Firma del representante legal de la entidad pública, autoridad competente o de oficio
Jorge Perez	

VII. ANEXOS

- [ ] 7a Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ PEP ☐ SC ☐ PT ☐
- [ ] 7b Copia del Certificado de Nacido Vivo permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 7c Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública en la que conste la unión marital
- [ ] 7d Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, escritura pública sobre la cesación de efectos civiles de matrimonio religioso o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 7e Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 7f Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 7g Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada con el cabeza de familia sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 7h Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 6 y 9 del artículo 2.1.7.1 del Decreto 780 de 2016
- [ ] 7i Certificados de vinculación a una entidad autorizada para recibir aportes voluntarios
- [ ] 7j 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

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

8a Identificación de la Entidad Territorial		8b Nombre de la Institución
Código del Municipio	Código del departamento	

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

9a Apellidos y nombres del

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	9b Fecha del funcionario

9c Fecha de radicación	9d Fecha de validación

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

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:

GELVER MESA DUARTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **13.565.785**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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:

JORGE EDUARDO PEREIRA OSORIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.192.670**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91233578		GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FUMIGOMEZ	CARRERA 36 NO 97 8	BUCARAMANGA-SANTANDER	6498356	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-02	68257145	9499732172	E	2026/02/18	2026/02/16	BANCO CAJA SOCIAL	0	$560,900

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: FUMIGOMEZ (3 Afiliados)																								$1,809,270	$289,600			$1,809,270	$72,600			$1,809,270	$72,600			$1,809,270		$126,100		$0	$0		$560,900
Centro de Trabajo: FUMIGOMEZ (3 Afiliados)																								$1,809,270	$289,600			$1,809,270	$72,600			$1,809,270	$72,600			$1,809,270		$126,100		$0	$0		$560,900
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (3 Afiliados)																								$1,809,270	$289,600			$1,809,270	$72,600			$1,809,270	$72,600			$1,809,270		$126,100		$0	$0		$560,900
1	CC	1102367823	DELGADO BENAVIDES RAUL	X	X																	230301	1	$58,364	$9,400	EPS002	1	$58,364	$2,400	CCF40	1	$58,364	$2,400	14-23	1	$58,364	6.960%	$4,100	1	$0	$0	Si	$18,300
2	CC	13565785	MESA DUARTE GELVER	X																		230301	15	$875,453	$140,100	EPS042	15	$875,453	$35,100	CCF40	15	$875,453	$35,100	14-23	15	$875,453	6.960%	$61,000	15	$0	$0	Si	$271,300
3	CC	1096192670	PEREIRA OSORIO JORGE EDUARDO	X																		230301	15	$875,453	$140,100	EPS042	15	$875,453	$35,100	CCF40	15	$875,453	$35,100	14-23	15	$875,453	6.960%	$61,000	15	$0	$0	Si	$271,300
Total			**Afiliados(3)**																					$1,809,270	$289,600			$1,809,270	$72,600			$1,809,270	$72,600			$1,809,270		$126,100		$0	$0		$560,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$289,600	$0	$0	$289,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$289,600	$0	$0	$289,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$126,100	$0	$0	$126,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	3	$126,100	$0	$0	$126,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$72,600	$0	$0	$72,600
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	3	$72,600	$0	$0	$72,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$72,600	$0	$0	$72,600
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	2	$70,200	$0	$0	$70,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$2,400	$0	$0	$2,400
TOTAL				**3**	**$560,900**	**$0**	**$0**	**$560,900**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91233578		GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 36 NO 97 8	BUCARAMANGA-SANTANDER	6498356	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	68201412	9499461340	I	2026/03/18	2026/02/16	BANCO CAJA SOCIAL	0	$719,300

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
1	CC	91233578 GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN																		25-14	30	$2,028,116	$324,500	EPS037	30	$2,028,116	$253,600		0	$0	$0	14-11	30	$2,028,116	6.960%	$141,200	0	$0	$0	No	$719,300
Total	**Afiliados(1)**																					$2,028,116	$324,500			$2,028,116	$253,600			$0	$0			$2,028,116		$141,200		$0	$0		$719,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$324,500	$0	$0	$324,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$324,500	$0	$0	$324,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$141,200	$0	$0	$141,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$141,200	$0	$0	$141,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$253,600	$0	$0	$253,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$253,600	$0	$0	$253,600
TOTAL				1	$719,300	$0	$0	$719,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91233578		GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 36 NO 97 8	BUCARAMANGA-SANTANDER	6498356	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	138177034	9501390309	I	2026/04/21	2026/03/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$719,300

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																					**$2,028,116**	**$324,500**			**$2,028,116**	**$253,600**			**$0**	**$0**			**$2,028,116**		**$141,200**		**$0**	**$0**		**$719,300**
1	CC	91233578 GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN																		25-14	30	$2,028,116	$324,500	EPS037	30	$2,028,116	$253,600		0	$0	$0	14-11	30	$2,028,116	6.960%	$141,200	0	$0	$0	No	$719,300
Total		**Afiliados(1)**																			$2,028,116	$324,500			$2,028,116	$253,600			$0	$0			$2,028,116		$141,200		$0	$0		$719,300

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$324,500	$0	$0	$324,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$324,500	$0	$0	$324,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$141,200	$0	$0	$141,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$141,200	$0	$0	$141,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$253,600	$0	$0	$253,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$253,600	$0	$0	$253,600
TOTAL				1	$719,300	$0	$0	$719,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91233578		GOMEZ NARANJO LUIS EFRAIN	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FUMIGOMEZ	CARRERA 36 NO 97 8	BUCARAMANGA-SANTANDER	6498356	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-03	138159091	9501424912	E	2026/03/18	2026/03/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$1,175,100

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	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: FUMIGOMEZ (3 Afiliados)																							$3,793,628	$607,100			$3,793,628	$151,900			$3,793,628	$151,900			$3,793,628		$264,200		$0	$0		$1,175,100
Centro de Trabajo: FUMIGOMEZ (3 Afiliados)																							$3,793,628	$607,100			$3,793,628	$151,900			$3,793,628	$151,900			$3,793,628		$264,200		$0	$0		$1,175,100
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (3 Afiliados)																							$3,793,628	$607,100			$3,793,628	$151,900			$3,793,628	$151,900			$3,793,628		$264,200		$0	$0		$1,175,100
1	CC	13565785	MESA DUARTE GELVER																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS042	30	$1,750,905	$70,100	CCF40	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
2	CC	5747951	MORENO SUAREZ JORGE ELIECER	X																	25-14	5	$291,818	$46,700	EPS037	5	$291,818	$11,700	CCF40	5	$291,818	$11,700	14-23	5	$291,818	6.960%	$20,400	5	$0	$0	Si	$90,500
3	CC	1096192670	PEREIRA OSORIO JORGE EDUARDO																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS042	30	$1,750,905	$70,100	CCF40	30	$1,750,905	$70,100	14-23	30	$1,750,905	6.960%	$121,900	30	$0	$0	Si	$542,300
Total			**Afiliados(3)**																				$3,793,628	$607,100			$3,793,628	$151,900			$3,793,628	$151,900			$3,793,628		$264,200		$0	$0		$1,175,100

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$607,100	$0	$0	$607,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$46,700	$0	$0	$46,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$560,400	$0	$0	$560,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$264,200	$0	$0	$264,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	3	$264,200	$0	$0	$264,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$151,900	$0	$0	$151,900
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	3	$151,900	$0	$0	$151,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$151,900	$0	$0	$151,900
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	2	$140,200	$0	$0	$140,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$11,700	$0	$0	$11,700
TOTAL				**3**	**$1,175,100**	**$0**	**$0**	**$1,175,100**