Control y verificación de pagos de seguridad social y parafiscales del personal de obra

CONSTRUSEGO S.A.S

NIT 900.552.490-9

CERTIFICACION PAZ Y SALVO DE APORTES PARAFISCALES

En mi calidad de Revisor fiscal de CONSTRUSEGO SAS con NIT 900.552.490-9 y dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 certifico que cuando a ello ha habido lugar se ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Correspondientes a la empresa CONSTRUSEGO SAS.

Valido para el mes de OCTUBRE Y NOVIEMBRE DE 2020

Dado en Bucaramanga a los venticinco) días del mes de Noviembre de 2020

GERMAN ALBERTO SERRANO GUTIERREZ
Representante legal
Revisor Fiscal

EDGAR BARRIOS GOMEZ
Revisor Fiscal

TP 62745-T

Carrera 27 # 37 – 33 Oficina 502 Centro Empresarial Green Gold
TEL.. 6972928 – 3118981506
consorciados2015@gmail.com
Bucaramanga Santander

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

8C8F72263215207

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 **EDGAR BARRIOS GOMEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 91252325 de BUCARAMANGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 62745-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

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

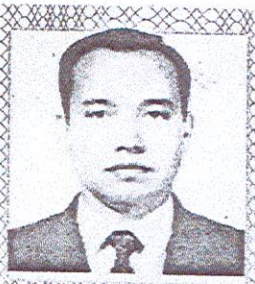
Dado en BOGOTA a los 24 días del mes de Agosto de 2020 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

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

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



62745-T

EDGAR
BARRIOS GOMEZ
C.C. 91252325
RESOLUCION INSCRIPCION 14 FECHA 25/02/99
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
PARA SERGOM LTDA
NIT 804.012.551-5

Presidente

00072140



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 91275513		SERRANO GUTIERREZ GERMAN ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 35 17 77	BUCARAMANGA-SANTANDER	6424730	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	801923507	9412780974	I	2020/11/05	2020/11/17	BANCO DE OCCIDENTE	12	$708,100

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
	91275513	SERRANO GERMAN																		Z5-14	30	$2,484,348	$397,500	EPS010	30	$2,484,348	$310,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$708,100
Total	Afiliados(1)																					$2,484,348	$397,500			$2,484,348	$310,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$708,100

2020/11/24 09:55 AM

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 91275513		SERRANO GUTIERREZ GERMAN ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 35 17 77	BUCARAMANGA-SANTANDER	6424730	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	801923507	9412780974	I	2020/11/05	2020/11/17	BANCO DE OCCIDENTE	12	$708,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
MINISTRADORAS: 1)				1	$397,500	$0	$0	$397,500
PENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$397,500	$0	$0	$397,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$310,600	$0	$0	$310,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$310,600	$0	$0	$310,600
TOTAL				1	$708,100	$0	$0	$708,100

2020/11/24 09:55 AM

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
NIT 900552490	9	CONSTRUSEGO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	LIBRO TOTAL	CR 88 50 38	BUCARAMANGA-SANTANDER	6424730	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	809405441	9412994905	Y	2020/11/24	2020/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$173,000

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SAL: ADMON (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,484,348	$173,000		$0	$0		$173,000
Centro de Trabajo: OPERATIVO (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,484,348	$173,000		$0	$0		$173,000
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,484,348	$173,000		$0	$0		$173,000
1	CC	91275513	SERRANO GERMAN																		0	$0	$0		0	$0	$0		0	$0	$0	14-4	30	$2,484,348	$173,000	0	$0	$0	No	$173,000
Total		**Afiliados(1)**																				$0	$0			$0	$0			$0	$0			$2,484,348	$173,000		$0	$0		$173,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900552490	9	CONSTRUSEGO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	LIBRO TOTAL	CR 88 50 38	BUCARAMANGA-SANTANDER	6424730	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	809405441	9412994905	Y	2020/11/24	2020/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$173,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$173,000	$0	$0	$173,000
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$173,000	$0	$0	$173,000
TOTAL				1	$173,000	$0	$0	$173,000

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
NIT 900552490	9	CONSTRUSEGO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSTRUSEGO 2	CARRERA 27 N 37 33	BUCARAMANGA-SANTANDER	6972928	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-11	809418956	9412997316	E	2020/11/24	2020/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$85,300

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CONSTRUSEGO 2 (1 Afiliados)																							$58,521	$9,400			$58,521	$2,400			$58,521	$2,400			$58,521	$400		$0	$0		$14,600
Centro de Trabajo: CONSTRUSEGO 2 (1 Afiliados)																							$58,521	$9,400			$58,521	$2,400			$58,521	$2,400			$58,521	$400		$0	$0		$14,600
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																							$58,521	$9,400			$58,521	$2,400			$58,521	$2,400			$58,521	$400		$0	$0		$14,600
1	CC	1090440049	MEDINA NORVEY	X																	230201	2	$58,521	$9,400	EPS044	2	$58,521	$2,400	CCF40	2	$58,521	$2,400	14-4	2	$58,521	$400	2	$0	$0	SI	$14,600

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: TUTAZA2 (3 Afiliados)																							$227,042	$36,400			$227,042	$9,200			$227,042	$9,200			$227,042	$15,900		$0	$0		$70,700
Centro de Trabajo: TUTAZA2 (3 Afiliados)																							$227,042	$36,400			$227,042	$9,200			$227,042	$9,200			$227,042	$15,900		$0	$0		$70,700
Ciudad: TUTAZA Depto: BOYACA (3 Afiliados)																							$227,042	$36,400			$227,042	$9,200			$227,042	$9,200			$227,042	$15,900		$0	$0		$70,700
2	CC	1052314921	BECERRA DIANA	X																	25-14	2	$58,521	$9,400	EPS002	2	$58,521	$2,400	CCF10	2	$58,521	$2,400	14-4	2	$58,521	$4,100	2	$0	$0	SI	$18,300
3	CC	1007381302	GARCIA ANDREA	X																	25-14	3	$110,000	$17,600	EPS005	3	$110,000	$4,400	CCF10	3	$110,000	$4,400	14-4	3	$110,000	$7,700	3	$0	$0	SI	$34,100
4	CC	1055730251	ROJAS OSCAR	X																	230301	2	$58,521	$9,400	EPS037	2	$58,521	$2,400	CCF10	2	$58,521	$2,400	14-4	2	$58,521	$4,100	2	$0	$0	SI	$18,300
Total			**Afiliados(4)**																				$285,563	$45,800			$285,563	$11,600			$285,563	$11,600			$285,563	$16,300		$0	$0		$85,300

2020/11/24 12:00 PM

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
NIT 900552490	9	CONSTRUSEGO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CONSTRUSEGO 2	CARRERA 27 N 37 33	BUCARAMANGA-SANTANDER	6972928	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-11	809418956	9412997316	E	2020/11/24	2020/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	585,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
MINISTRADORAS: 3)				4	$45,800	$0	$0	$45,800
PENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$27,000	$0	$0	$27,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$9,400	$0	$0	$9,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$9,400	$0	$0	$9,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$16,300	$0	$0	$16,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	4	$16,300	$0	$0	$16,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$11,600	$0	$0	$11,600
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	3	$9,200	$0	$0	$9,200
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	1	$2,400	$0	$0	$2,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				4	$11,600	$0	$0	$11,600
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$2,400	$0	$0	$2,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$2,400	$0	$0	$2,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$2,400	$0	$0	$2,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$4,400	$0	$0	$4,400
TOTAL				4	$85,300	$0	$0	$85,300

2020/11/24 12:00 PM

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
NIT 900552490	9	CONSTRUSEGO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	LIBRO TOTAL	CR 88 50 38	BUCARAMANGA-SANTANDER	6424730	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-11	809399094	9412993771	E	2020/11/24	2020/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$9,203,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	hdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
TOTAL: LIBRO TOTAL (34 Afiliados)																								$15,144,646	$2,423,800			$15,144,646	$606,900			$14,860,578	$595,400			$15,144,646	$1,021,000		$0	$0		$4,647,100
Centro de Trabajo: BARRANCA (34 Afiliados)																								$15,144,646	$2,423,800			$15,144,646	$606,900			$14,860,578	$595,400			$15,144,646	$1,021,000		$0	$0		$4,647,100
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (34 Afiliados)																								$15,144,646	$2,423,800			$15,144,646	$606,900			$14,860,578	$595,400			$15,144,646	$1,021,000		$0	$0		$4,647,100
1	CC	5671251	ALMEYDA AUGUSTO																			25-14	20	$585,202	$93,700	ESSC24	20	$585,202	$23,500	CCF40	20	$585,202	$23,500	14-4	20	$585,202	$40,800	20	$0	$0	Si	$181,500
2	CC	5671251	ALMEYDA AUGUSTO												X							25-14	10	$292,601	$46,900	ESSC24	10	$292,601	$11,800	CCF40	0	$0	$0	14-4	10	$292,601	$0	0	$0	$0	Si	$58,700
3	CC	1116867455	ARIZA VICTOR	X																		230301	2	$58,521	$9,400	EPS041	2	$58,521	$2,400	CCF40	2	$58,521	$2,400	14-4	2	$58,521	$4,100	2	$0	$0	Si	$18,300
4	CC	5750997	AYALA EIZER	X																		231001	3	$87,781	$14,100	EPS037	3	$87,781	$3,600	CCF40	3	$87,781	$3,600	14-4	3	$87,781	$6,200	3	$0	$0	Si	$27,500
5	CC	1094426155	BAEZ YERINSON		X															X		230201	7	$204,821	$32,800	EPS002	7	$204,821	$8,200	CCF40	7	$270,656	$10,900	14-4	7	$204,821	$14,300	7	$0	$0	Si	$66,200
6	CC	1005199084	BAUTISTA BRAYAN																			230301	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
7	CC	1095943310	BUSTOS YOEL	X																		230201	12	$351,122	$56,200	EPS002	12	$351,122	$14,100	CCF40	12	$351,122	$14,100	14-4	12	$351,122	$24,500	12	$0	$0	Si	$108,900
8	CC	91471300	CALDERON ALVARO		X															X		230201	3	$87,781	$14,100	ESSC24	3	$87,781	$3,600	CCF40	3	$196,287	$7,900	14-4	3	$87,781	$6,200	3	$0	$0	Si	$31,800
9	CC	1097305596	CAMARON LUIS																			230201	30	$877,803	$140,500	EPS010	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
10	CC	1097305336	CARRILLO ENILSON												X							230301	30	$1,005,816	$161,000	ESSC33	30	$1,005,816	$40,300	CCF40	30	$1,005,816	$40,300	14-4	30	$1,005,816	$70,100	30	$0	$0	Si	$311,700
11	CC	1097303693	CONTRERAS AMANDA																			230301	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
12	CC	1100889857	CONTRERAS JEISSON												X							230301	29	$917,121	$146,800	EPS041	29	$917,121	$36,700	CCF40	29	$917,121	$36,700	14-4	29	$917,121	$63,900	29	$0	$0	Si	$284,100
13	CC	1100889857	CONTRERAS JEISSON											X								230301	1	$29,261	$3,600	EPS041	1	$29,261	$0	CCF40	1	$29,261	$0	14-4	1	$29,261	$0	1	$0	$0	Si	$3,600
14	CC	1001199194	DIAZ TIN	X											X							230301	18	$595,260	$95,300	EPS005	18	$595,260	$23,900	CCF40	18	$595,260	$23,900	14-4	18	$595,260	$41,500	18	$0	$0	Si	$184,600
15	CC	1097306747	ESTEBAN ANDRES																			25-14	24	$702,243	$112,400	ESSC33	24	$702,243	$28,100	CCF40	24	$702,243	$28,100	14-4	24	$702,243	$48,900	24	$0	$0	Si	$217,500
16	CC	1097306747	ESTEBAN ANDRES													X						25-14	6	$175,561	$28,100	ESSC33	6	$175,561	$7,100	CCF40	0	$0	$0	14-4	6	$175,561	$0	0	$0	$0	Si	$35,200
17	CC	1098775136	FERNANDEZ BRAYAN	X																		230201	2	$58,521	$9,400	EPS002	2	$58,521	$2,400	CCF40	2	$58,521	$2,400	14-4	2	$58,521	$4,100	2	$0	$0	Si	$18,300
18	CC	5670866	GOMEZ RAUL	X																		230201	18	$526,682	$84,300	EPS041	18	$526,682	$21,100	CCF40	18	$526,682	$21,100	14-4	18	$526,682	$36,700	18	$0	$0	Si	$163,200
19	CC	1097305471	GUERRERO FABIO	X																		230301	9	$263,341	$42,200	EPS041	9	$263,341	$10,600	CCF40	9	$263,341	$10,600	14-4	9	$263,341	$18,400	9	$0	$0	Si	$81,800
20	CC	1007189206	LOPEZ JHON	X																		230301	9	$263,341	$42,200	EPS041	9	$263,341	$10,600	CCF40	9	$263,341	$10,600	14-4	9	$263,341	$18,400	9	$0	$0	Si	$81,800
21	CC	1098778274	MANRIQUE CRISTIAN	X																		230301	3	$87,781	$14,100	EPS002	3	$87,781	$3,600	CCF40	3	$87,781	$3,600	14-4	3	$87,781	$6,200	3	$0	$0	Si	$27,500
22	CC	77010791	MANRIQUE JOSE	X																		25-14	3	$87,781	$14,100	EPS002	3	$87,781	$3,600	CCF40	3	$87,781	$3,600	14-4	3	$87,781	$6,200	3	$0	$0	Si	$27,500
23	CC	1007354092	MANTILLA RAMIRO	X																		230201	3	$87,781	$14,100	ESSC33	3	$87,781	$3,600	CCF40	3	$87,781	$3,600	14-4	3	$87,781	$6,200	3	$0	$0	Si	$27,500
24	CC	1065247328	MANTILLA WILSON	X																		230301	2	$58,521	$9,400	EPS002	2	$58,521	$2,400	CCF40	2	$58,521	$2,400	14-4	2	$58,521	$4,100	2	$0	$0	Si	$18,300
25	CC	96191059	MEJIA JOSE																			230301	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
26	CC	1102379622	PRADA BRAYAN	X	X															X		230201	1	$29,261	$4,700	ESSC62	1	$29,261	$1,200	CCF40	1	$30,480	$1,300	14-4	1	$29,261	$2,100	1	$0	$0	Si	$9,300
27	CC	1005157771	RABELO NESTOR	X																		230301	2	$58,521	$9,400	ESSC24	2	$58,521	$2,400	CCF40	2	$58,521	$2,400	14-4	2	$58,521	$4,100	2	$0	$0	Si	$18,300
28	CC	1048289248	RAMIREZ BRANDON	X																		230301	16	$468,162	$75,000	EPS037	16	$468,162	$18,800	CCF40	16	$468,162	$18,800	14-4	16	$468,162	$32,600	16	$0	$0	Si	$145,200
29	CC	91222166	ROJAS JOSE																			25-14	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
30	CC	1098776783	RONDON MATEO																			230301	30	$1,378,000	$220,500	EPS037	30	$1,378,000	$55,200	CCF40	30	$1,378,000	$55,200	14-4	30	$1,378,000	$96,000	30	$0	$0	Si	$426,900
31	CC	91157856	RUEDA ALEXANDER	X	X															X		230301	2	$58,521	$9,400	ESSC24	2	$58,521	$2,400	CCF40	2	$60,959	$2,500	14-4	2	$58,521	$4,100	2	$0	$0	Si	$18,400
32	CC	1097305591	SALCEDO BRAYAN	X																		230201	12	$351,122	$56,200	EPS037	12	$351,122	$14,100	CCF40	12	$351,122	$14,100	14-4	12	$351,122	$24,500	12	$0	$0	Si	$108,900
33	CC	1005238687	TORRADO KEYNER	X																		230201	2	$58,521	$9,400	EPS005	2	$58,521	$2,400	CCF40	2	$58,521	$2,400	14-4	2	$58,521	$4,100	2	$0	$0	Si	$18,300
34	CC	1064787942	TROYA JAIDER	X	X															X		230201	5	$146,301	$23,500	EPS002	5	$146,301	$5,900	CCF40	5	$152,397	$6,100	14-4	5	$146,301	$10,200	5	$0	$0	Si	$45,700
35	CC	1095827643	VALENCIA JUAN	X																		230201	8	$234,081	$37,500	ESSC33	8	$234,081	$9,400	CCF40	8	$234,081	$9,400	14-4	8	$234,081	$16,300	8	$0	$0	Si	$72,600
36	CC	1098758716	VELASQUEZ WILLIAM																			230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF40	30	$1,300,000	$52,000	14-4	30	$1,300,000	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
37	CC	1093143071	VILLAMIZAR JOSE	X																		230201	5	$146,301	$23,500	EPS002	5	$146,301	$5,900	CCF40	5	$146,301	$5,900	14-4	5	$146,301	$10,200	5	$0	$0	Si	$45,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO	NOVEDADES	PENSION	SALUD	CCF	RIESGOS	PARAFISCALES	

2020/11/24 11:52 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMON (3 Afiliados)																						$6,450,903	$1,071,300			$6,450,903	$258,300			$6,450,903	$258,300			$6,450,903	$449,100		$0	$0		$2,037,000
Centro de Trabajo: OPERATIVO (3 Afiliados)																						$6,450,903	$1,071,300			$6,450,903	$258,300			$6,450,903	$258,300			$6,450,903	$449,100		$0	$0		$2,037,000
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (3 Afiliados)																						$6,450,903	$1,071,300			$6,450,903	$258,300			$6,450,903	$258,300			$6,450,903	$449,100		$0	$0		$2,037,000
38	CC	91464253	BAUTISTA WILLINTON																	25-14	30	$1,685,400	$269,700	EPS037	30	$1,685,400	$67,500	CCF40	30	$1,685,400	$67,500	14-4	30	$1,685,400	$117,400	30	$0	$0	Si	$522,100
39	CC	13643794	CRUZ EXPEDITO																	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
40	CC	37182538	PICON VIVIANA																	230301	30	$3,887,700	$661,900	EPS005	30	$3,887,700	$155,600	CCF40	30	$3,887,700	$155,600	14-4	30	$3,887,700	$270,600	30	$0	$0	Si	$1,242,900

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: EL PLAYON (11 Afiliados)																						$8,113,280	$1,298,700			$8,113,280	$325,200			$8,346,141	$334,600			$8,113,280	$561,000		$0	$0		$2,519,500
Centro de Trabajo: EL PLAYON (11 Afiliados)																						$8,113,280	$1,298,700			$8,113,280	$325,200			$8,346,141	$334,600			$8,113,280	$561,000		$0	$0		$2,519,500
Ciudad: EL PLAYON Depto: SANTANDER (11 Afiliados)																						$8,113,280	$1,298,700			$8,113,280	$325,200			$8,346,141	$334,600			$8,113,280	$561,000		$0	$0		$2,519,500
41	CC	13562861	CALDERON CARMEN																	230301	30	$877,803	$140,500	ESSC24	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
42	CC	91542278	CALDERON JESUS								X									230301	30	$937,238	$150,000	ESSC24	30	$937,238	$37,500	CCF40	30	$937,238	$37,500	14-4	30	$937,238	$65,300	30	$0	$0	Si	$290,300
43	CC	1007643691	CALDERON WILMER		X														X	230201	7	$204,821	$32,800	EPS037	7	$204,821	$8,200	CCF40	7	$425,491	$17,100	14-4	7	$204,821	$14,300	7	$0	$0	Si	$72,400
44	CC	5727269	CRISTANCHO HUMBERTO								X									230201	30	$932,666	$149,300	EPS002	30	$932,666	$37,400	CCF40	30	$932,666	$37,400	14-4	30	$932,666	$65,000	30	$0	$0	Si	$289,100
45	CC	1097306124	FLOREZ NELSON		X														X	230301	4	$117,041	$18,800	EPS041	4	$117,041	$4,700	CCF40	4	$187,753	$7,600	14-4	4	$117,041	$8,200	4	$0	$0	Si	$39,300
46	CC	1097305810	GONZALEZ NELSON																	230301	30	$877,803	$140,500	ESSC33	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
47	CC	13828779	JAIMES JOSE																	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS044	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
48	CC	13564191	LOPEZ LUIS																	230301	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
49	CC	91470711	MARIN LUIS	X							X									230301	16	$536,740	$85,900	EPS002	16	$536,740	$21,500	CCF40	16	$536,740	$21,500	14-4	16	$536,740	$37,400	16	$0	$0	Si	$166,300
50	CC	91470711	MARIN LUIS										X							230301	2	$58,521	$9,400	EPS002	2	$58,521	$2,400	CCF40	0	$0	$0	14-4	2	$58,521	$0	0	$0	$0	Si	$11,800
51	CC	1193536160	OSPINO ARMANDO								X									230201	30	$937,238	$150,000	EPS041	30	$937,238	$37,500	CCF40	30	$937,238	$37,500	14-4	30	$937,238	$65,300	30	$0	$0	Si	$290,300
52	CC	5702231	RIBERO SAUL																	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$35,200	CCF40	30	$877,803	$35,200	14-4	30	$877,803	$61,100	30	$0	$0	Si	$272,000
Total		**Afiliados(48)**																				$29,708,829	$4,793,800			$29,708,829	$1,190,400			$29,657,622	$1,188,300			$29,708,829	$2,031,100		$0	$0		$9,203,600

2020/11/24 11:52 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900552490	9	CONSTRUSEGO SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	LIBRO TOTAL	CR 88 50 38	BUCARAMANGA-SANTANDER	6424730	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-11	809399094	9412993771	E	2020/11/24	2020/11/24	BANCO DE OCCIDENTE	0	$9,203,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
MINISTRADORAS: 4)				48	$4,793,800	$0	$0	$4,793,800
FONDOS	231001	800,227,940	6	1	$14,100	$0	$0	$14,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	8	$1,126,900	$0	$0	$1,126,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	23	$2,814,500	$0	$0	$2,814,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	16	$838,300	$0	$0	$838,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				48	$2,031,100	$0	$0	$2,031,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	48	$2,031,100	$0	$0	$2,031,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				48	$1,188,300	$0	$0	$1,188,300
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	48	$1,188,300	$0	$0	$1,188,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				48	$1,190,400	$0	$0	$1,190,400
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	1	$1,200	$0	$0	$1,200
COMPARTA	ESSC33	804,002,105	0	5	$123,700	$0	$0	$123,700
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	6	$116,400	$0	$0	$116,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$35,200	$0	$0	$35,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$35,200	$0	$0	$35,200
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$35,200	$0	$0	$35,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	9	$273,000	$0	$0	$273,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	7	$123,600	$0	$0	$123,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	14	$265,000	$0	$0	$265,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$181,900	$0	$0	$181,900
TOTAL				48	$9,203,600	$0	$0	$9,203,600

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1100956383	LUISA FERNANDA SANCHEZ CASTRO	Carrera 29 No. 30-25	6975300	ing.luisafernanda10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

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
2020-10	2020-10	I	26/10/2020	46187946	$843.700

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					
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	363.400	0		0		0	0	0	0	363.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	465.100	0	0	0	0	0	0		465.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	15.200				15.200	0	0	15.200			152	15.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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	363.400	363.400
Pensión	1	465.100	465.100
Riesgos Laborales	1	15.200	15.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	843.700	843.700

PAGADA 46187946

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
CC	1100958383	LUISA FERNANDA SANCHEZ CASTRO	Carrera 29 No. 30-25	6975300	ing.luisafernanda10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		SANTANDER	BUCARAMANGA		NO

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	
2020-10	2020-10	I	26/10/2020	46187946	$843.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colúmna	Subtipo	Extranjero	Colom. x 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	1100958383	SANCHEZ CASTRO LUISA FERNANDA	59	0			N																	230301	2.906.800	465.100	0	0	0	0	EPS016	2.906.800	363.400	14-11	2.906.800	1	16.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900511767	8	MURCIA Y ARENAS GESTION INTEGRAL DEL RIESGO S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 19 NO 36 - 20 OF 1103	BUCARAMANGA-SANTANDER	6422635	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-11	799303614	9412613245	E	2020/11/18	2020/11/13	BANCO ITAU	0	$4,206,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)					$11,007,000	$1,861,200			$11,007,000	$1,290,300			$11,007,000	$440,300			$11,007,000	$115,000		$10,000,000	$500,000
Centro de Trabajo: 1.44 (2 Afiliados)					$11,007,000	$1,861,200			$11,007,000	$1,290,300			$11,007,000	$440,300			$11,007,000	$115,000		$10,000,000	$500,000
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (2 Afiliados)					$11,007,000	$1,861,200			$11,007,000	$1,290,300			$11,007,000	$440,300			$11,007,000	$115,000		$10,000,000	$500,000
1	CC	1102372066	LOPEZ SILVIA	230301	30	$1,007,000	$161,200	EPS005	30	$1,007,000	$40,300	CCF39	30	$1,007,000	$40,300	14-23	30	$1,007,000	$10,600	30	$0	$0
2	CC	13615217	MURCIA JORGE	25-14	30	$10,000,000	$1,700,000	EPS010	30	$10,000,000	$1,250,000	CCF39	30	$10,000,000	$400,000	14-23	30	$10,000,000	$104,400	30	$10,000,000	$500,000
Total		**Afiliados(2)**				$11,007,000	$1,861,200			$11,007,000	$1,290,300			$11,007,000	$440,300			$11,007,000	$115,000		$10,000,000	$500,000

2020/11/13 02:55 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900511767	8	MURCIA Y ARENAS GESTION INTEGRAL DEL RIESGO S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 19 NO 36 - 20 OF 1103	BUCARAMANGA-SANTANDER	6422635	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-11	799303614	9412613245	E	2020/11/18	2020/11/13	BANCO ITAU	0	$4,206,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,861,200	$0	$0	$1,861,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,700,000	$0	$0	$1,700,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$161,200	$0	$0	$161,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$115,000	$0	$0	$115,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$115,000	$0	$0	$115,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$440,300	$0	$0	$440,300
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	2	$440,300	$0	$0	$440,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,290,300	$0	$0	$1,290,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,250,000	$0	$0	$1,250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$40,300	$0	$0	$40,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$300,000	$0	$0	$300,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				2	$4,206,800	$0	$0	$4,206,800

2020/11/13 02:55 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900511767	8	MURCIA Y ARENAS GESTION INTEGRAL DEL RIESGO S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 19 NO 36 - 20 OF 1103	BUCARAMANGA-SANTANDER	6422635	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-10	758444662	9411092047	E	2020/10/16	2020/10/01	BANCO ITAU	0	$4,206,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$11,007,000	$1,861,200			$11,007,000	$1,290,300			$11,007,000	$440,300			$11,007,000	$115,000		$10,000,000	$500,000
Centro de Trabajo: 1.44 (2 Afiliados)						$11,007,000	$1,861,200			$11,007,000	$1,290,300			$11,007,000	$440,300			$11,007,000	$115,000		$10,000,000	$500,000
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (2 Afiliados)						$11,007,000	$1,861,200			$11,007,000	$1,290,300			$11,007,000	$440,300			$11,007,000	$115,000		$10,000,000	$500,000
1	CC	1102372066	LOPEZ SILVIA	230301	30	$1,007,000	$161,200	EPS005	30	$1,007,000	$40,300	CCF39	30	$1,007,000	$40,300	14-23	30	$1,007,000	$10,600	30	$0	$0
2	CC	13615217	MURCIA JORGE	25-14	30	$10,000,000	$1,700,000	EPS037	30	$10,000,000	$1,250,000	CCF39	30	$10,000,000	$400,000	14-23	30	$10,000,000	$104,400	30	$10,000,000	$500,000
Total	**Afiliados(2)**					$11,007,000	$1,861,200			$11,007,000	$1,290,300			$11,007,000	$440,300			$11,007,000	$115,000		$10,000,000	$500,000

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900511767	8	MURCIA Y ARENAS GESTION INTEGRAL DEL RIESGO S.A.S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 19 NO 36 - 20 OF 1103	BUCARAMANGA-SANTANDER	6422635	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-10	758444662	9411092047	E	2020/10/16	2020/10/01	BANCO ITAU	0	$4,206,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,861,200	$0	$0	$1,861,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,700,000	$0	$0	$1,700,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$161,200	$0	$0	$161,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$115,000	$0	$0	$115,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	2	$115,000	$0	$0	$115,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$440,300	$0	$0	$440,300
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	2	$440,300	$0	$0	$440,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$1,290,300	$0	$0	$1,290,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,250,000	$0	$0	$1,250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$40,300	$0	$0	$40,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$0	$0	$300,000
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	1	$300,000	$0	$0	$300,000
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				2	$4,206,800	$0	$0	$4,206,800

2020/10/01 10:50 AM

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91510981
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS MARIO DURAN GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 14 N 55-21 APART 302	TELÉFONO:	6447041
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7767602781**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		773906381

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 192.000
SUBTOTAL:			1	**$ 192.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 150.000
SUBTOTAL:			1	**$ 150.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890200106	CCF39	CCF39-CAJASAN	1	$ 7.200
SUBTOTAL:			1	**$ 7.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 12.600
SUBTOTAL:			1	**$ 12.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 361.800**

Planilla Pago SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4041435
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JOSE NOE ALBA NIÑO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PAIPA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 22 NO 24-84	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	1-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			1729011125	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2020
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020-11-10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	97032
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			1726794411	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2020/10/27

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	$ 111.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 111.900	$ 0	$ 111.900
SUBTOTALES:										$ 111.900	$ 0	$ 111.900

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 87.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 87.400	$ 0	$ 0	$ 87.400
SUBTOTALES:													$ 87.400	$ 0	$ 0	$ 87.400

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 3.700	$ 3.700	$ 0	$ 0	$ 3.700
SUBTOTALES:									$ 3.700	$ 0	$ 0	$ 3.700

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	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 4041435	ALBA NIÑO JOSE NOE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803				NO	18						A									230301-PORVENIR	13	$ 380.382	$ 60.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 60.900	EPS044-MEDIMÁS	13	$ 380.382	$ 47.600	$ 0	$ 47.600	14-11 - ARL SURA	13	$ 380.382	4041435	$ 2.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 4041435	ALBA NIÑO JOSE NOE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803				NO	01															230301-PORVENIR	30	$ 1.080.000	$ 172.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 172.800	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 1.080.000	$ 135.000	$ 0	$ 135.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.080.000	4041435	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 4041435	ALBA NIÑO JOSE NOE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803				NO	01						R									230301-PORVENIR	17	$ 699.618	$ 111.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 111.900	EPS044-MEDIMÁS	17	$ 699.618	$ 87.400	$ 0	$ 87.400	14-11 - ARL SURA	17	$ 699.618	4041435	$ 3.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 203.000

2020/11/10 2:34 PM USUARIO: SOI LRICO

SUBCONTRATO DE OBRA CIVIL No. 001

OBRA: **COMISIÓN DE TOPOGRÁFICA INCLUYE EQUIPOS (ESTACIÓN, NIVEL Y DEMÁS NECASARIOS, PARA EL MEJORAMIENTO Y PAVIMENTACION VIA TUTAZA CRUCE RUTA 6404 CODIGO 55-23 BELEN SÁCAMA – DEPARTAMENTO DE BOYACA**

CONTRATANTE: **CONSTRUSEGO SAS**
R.L GERMAN ALBERTO SERRANO GUTIERREZ
Dirección: Calle 35 # 17-77 of 12-08 Bucaramanga

CONTRATISTA: **JOSE NOE ALBA NIÑO**
C.C: 4.041.435

VALOR MES : **$ 6.956.650**
DURACIÓN DEL CONTRATO: **5 MESES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO: **$ 34.783.250**

FECHA: **14 DE Septiembre DE 2020**

Entre los suscritos a saber, **CONSTRUSEGO SAS**, R.L GERMAN ALBERTO SERRANO GUTIERREZ identificado con c.c 91.257.513 expedida en Bucaramanga, que obra en representación propia, quien en adelante se llamará EL CONTRATANTE, por una parte y por la otra JOSE NOE ALBA NIÑO, identificado con C.C 4.041.435 expedida en Cucaita (Boyacá) , quien obra en su propio nombre y en el texto del presente documento se denominará EL CONTRATISTA, se ha celebrado el contrato de obra civil estipulado en las siguientes cláusulas:

PRIMERA: OBJETO: EL CONTRATISTA se obliga bajo su exclusiva cuenta y riesgo y bajo su propia responsabilidad, para con EL CONTRATANTE a ejecutar por el sistema de PRECIOS UNITARIOS FIJOS, los trabajos relacionados al COMISIÓN DE TOPOGRÁFICA INCLUYE EQUIPOS (ESTACIÓN, NIVEL Y DEMÁS NECASARIOS, PARA EL MEJORAMIENTO Y PAVIMENTACION VIA TUTAZA CRUCE RUTA 6404 CODIGO 55-23 BELEN SÁCAMA – DEPARTAMENTO DE BOYACA
R bajo los términos y condiciones que se determinan en el ANEXO No 01, documento que forma parte del presente contrato así como la cotización inicial presentada por el Contratista. **PARAGRAFO 1:** EL CONTRATISTA, no deberá llevar a cabo obras diferentes a las aquí enumeradas sin acuerdo escrito con EL CONTRATANTE, pues obras que no cumplan con este requisito no le serán canceladas. PARAGRAFO SEGUNDO: EL Diseño definitivo será acordado conjuntamente entre CONTRATISTA Y CONTRATANTE.

SEGUNDA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO: Forma parte del presente contrato: a) Los planos y especificaciones proporcionadas al CONTRATISTA. b) Las modificaciones que EL CONTRATANTE haga a los planos y especificaciones. c)

Parágrafo 3. EL CONTRATISTA deberá presentar para el cobro de sus servicios las planillas de pago de seguridad social, riesgos profesionales, fondos de pensiones a más tardar al cierre de cada acta, de todo el personal que laboró en el periodo de cobro. De no presentarse el pago oportuno de estas obligaciones, EL CONTRATANTE podrá descontar dichas cifras de la retención en garantía para proceder a su pago; no obstante lo anterior, el pago se realizara cuando se encuentre al día las obligaciones de personal antes mencionadas.

Parágrafo 4. EL CONTRATISTA deberá atender las instrucciones y mandatos que le imparta la Interventoría del Contrato, durante la ejecución de la obra, de acuerdo a las especificaciones contenidas en el contrato principal, del cual este accede y está de acuerdo a las instrucciones que le formule el CONTRATANTE.

Parágrafo 5. Todo personal que el CONTRATISTA destine para la ejecución del presente contrato de obra civil deberá seguir el siguiente proceso de ingreso: 1) Presentación previa de copia de todas las afiliaciones indicadas en el parágrafo 2 de la presente cláusula; 2) Registro de inducción y notificación de riesgo debidamente firmada por el personal a ingresar y el instructor; 3) exámenes de ingreso, los mínimos requeridos para descartar alguna incapacidad o limitación para el desarrollo de las labores asignadas.

Parágrafo 6: DOTACIONES PARA EL PERSONAL A CARGO DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA será responsable de asignar las dotaciones y los elementos de protección personal según panorama de riesgo establecido por el, dichos implementos son de uso obligatorio y permanente en la obra, razón por la cual el CONTRATISTA acepta irrevocablemente estas condiciones.

QUINTA: FORMA DE PAGO: Sujeto a la presente oferta el CONTRATANTE pagara al CONTRATISTA el valor del mes pactado, mes vencido vencido. Con tal fin, EL CONTRATISTA entregará AL CONTRATANTE la respectiva factura y pago de seguridad social. Una vez recibida esta documentación a satisfacción de EL CONTRATANTE esta cancelará el valor a favor de EL CONTRATISTA dentro de los diez (10) días siguientes.
EL CONTRATISTA no podrá celebrar subcontratos; si llega a realizarlos los realizará por su cuenta y riesgo y en su propio nombre.

PARAGRAFO PRIMERO: El presente contrato por efectos jurídicos, es de carácter civil de acuerdo a lo nombrado en los artículos 2053, 2056, 2060 y 2062 del Código Civil Colombiano y además, identifica AL CONTRATISTA como un CONTRATISTA INDEPENDIENTE, por tal motivo, EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE declara: Que de acuerdo con el artículo 34 del Código Sustantivo del Trabajo y para los efectos legales de la orden laboral, se constituye voluntariamente en patrono de todos los trabajadores que contrate para la ejecución de la obra o labor descrita en la cláusula primera del presente contrato. Esta declaración la hace EL CONTRATISTA INDEPENDIENTE con base en lo siguiente: a) Que asume personalmente la totalidad de los riesgos legales,

Las actas suscritas entre EL CONTRATISTA Y EL CONTRATANTE durante el desarrollo de los trabajos.

TERCERA: VALOR DEL CONTRATO: El valor del presente contrato es la suma de **PARAGRAFO PRIMERO**: EL CONTRATISTA declara expresamente que para la fijación de los precios unitarios y en consecuencia para determinar el valor de **$ 6.956.650** (seis millones novecientos cincuenta mil pesos m/cte), por cada mes de trabajo, lo cual representa **$ 34.783.250 (treinta y cuatro millones setecientos ochenta y tres mil pesos doscientos cincuenta centavos m/cte,** del presente contrato, tuvo en cuenta las condiciones favorables y adversas, el valor de todos los materiales, el valor de los jornales, prestaciones sociales, subsidios y/o aportes establecidos por la Ley Colombiana, los gastos de administración, los imprevistos y honorarios y la utilidad del Contratista y que en consecuencia el CONTRATANTE no tendrá más obligaciones que la de pagar la obra bien ejecutada a su juicio , al precio pactado. **PARAGRAFO SEGUNDO:** Los precios correspondientes a nuevos ítems que resultaren por obras ordenadas por EL CONTRATANTE y cuyos precios unitarios no figuran en los acuerdos a la propuesta y al presente contrato, serán analizados por EL CONTRATANTE y EL CONTRATISTA.

CUARTA: CALIDAD DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA dispondrá de personal calificado y en tal calidad celebra el presenta contrato, como contratista independiente para todo efecto legal, poniendo en su cargo exclusivo el personal y todos los elementos que requiere para ejecutar la correcta prestación del servicio, razón por la cual es claro entre las partes contratantes, que con celebración del presente contrato, no se crea entre ellas modalidad alguna de contrato de trabajo por no configurarse los elementos constitutivos de la relación de trabajo.

Parágrafo 1. EL CONTRATISTA deberá informar a mas tardar 24 horas posterior a la presentación del suceso al CONTRATANTE sobre el personal contratado para la prestación del servicio o al servicio de la obra objeto del presenta contrato, así como cualquier novedad de ingreso, retiro, accidente, etc.

Parágrafo 2. EL CONTRATISTA vinculara a su exclusivo cargo para todo efecto legal, el personal que requiera para ejecutar los trabajos objeto del presente contrato incluyendo personal profesional y técnico que se considere necesario y por ende, EL CONTRATISTA será el único responsable por las obligaciones de tipo laboral, prestaciones y de seguridad social que se causen con motivo de tal vinculación de personal, especialmente las relacionadas a la afiliación del personal a una EPS, ARP, AFP y Caja de Compensación, así como el pago de los aportes correspondientes al ICBF y SENA. (EL CONTRATISTA deberá presentar el formulario de afiliación para iniciación del contrato, así como, las planillas de pago a EL CONTRATANTE en el momento en que este lo requiera), razón por la cual EL CONTRATISTA, declara expresamente exonerada a EL CONTRATANTE por cualquier clase de concepto que se cause con motivo de tales compromisos.

económicos y contractuales que se puedan originar por causa de este contrato. b) Que la obra o labor realizada la ejecuta por sus propios medios. c) Que declara que tiene autonomía propia técnica y administrativa en la ejecución del CONTRATO y en el manejo de su personal. PARAGRAFO SEGUNDO: EL CONTRATISTA será responsable por todo daño que se cause a la obra, a EL CONTRATANTE o a terceros por parte de los trabajadores o los subcontratistas que tenga a su cargo y las reparaciones, reemplazos e indemnizaciones a que haya lugar serán por cuenta de EL CONTRATISTA exclusivamente.

Parágrafo 2. Cuando haya lugar a la modificación del plazo o valor consignado en el contrato, EL CONTRATISTA deberá constituir los correspondientes certificados de modificación; si se negare a constituirlos, en los términos en que se señalen, se hará acreedor a las sanciones contractuales respectivas.

SEPTIMA: EL CONTRATISTA será el responsable de la seguridad de sus equipos y herramientas durante el proceso de instalación; luego cualquier pérdida no será responsabilidad alguna del CONTRATANTE.

SEXTA. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION. EL CONTRATISTA se obliga a guardar absoluta reserva respecto a la información y a la documentación que maneje o le sea facilitada o suministrada en desarrollo del presente contrato, toda vez que las partes contratantes determinen que toda información que ha de manejarse es de carácter estrictamente confidencial y de uso exclusivo del CONTRATANTE.

Todos los informes, Actas, Archivos y demás documentos utilizados serán propiedad del CONTRATANTE, y por lo tanto deberán ser entregados en el momento que sean solicitados.

OCTAVA. OBLIGACIONES DEL CONTRATO: El contratista deberá realizar las actividades correspondientes a la topografía de los trabajos relacionados al **COMISIÓN DE TOPOGRÁFICA INCLUYE EQUIPOS (ESTACIÓN, NIVEL Y DEMÁS NECASARIOS, PARA EL MEJORAMIENTO Y PAVIMENTACION VIA TUTAZA CRUCE RUTA 6404 CODIGO 55-23 BELEN SÁCAMA – DEPARTAMENTO DE BOYACA**
, adicionalmente deberá cumplir con la entrega de carteras topográficas, planos, memorias de cálculo y demás información solicitada por el contratante.

NOVENA. DURACION DEL CONTRATO. La duración aproximada del presente contrato será de 3 MESES, contados a partir de la fecha de la firma del contrato, pero podrá ser prorrogado por necesidades del servicio o terminado anticipadamente, si en uno u otro sentido las partes contratantes así expresamente lo convienen, mediante un documento acordado por las mismas, o si las cantidades contractuales requeridas aprobadas por la Interventoría del proyecto se terminan antes del plazo establecido.

Parágrafo 2. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONTRATO: De común acuerdo las partes contratantes podrán suspender la ejecución de este contrato, mediante la suscripción de un acta en la cual conste el evento, sin que en el término de duración del contrato se compute el tiempo de suspensión.

DECIMA: EL CONTRATANTE podrá modificar o declarar terminado el presente contrato sin previo requerimiento a EL CONTRATISTA y sin que haya lugar a indemnización alguna por cualquiera de las siguientes causas: a) La incapacidad financiera de EL CONTRATISTA que se presumirá cuando convoque a concordato preventivo, cuando se declare judicialmente en quiebra, se abra concurso de acreedores o cuando se presenten hechos que a juicio de EL CONTRATANTE revelen dicha incapacidad. b) Cuando suspendidas las obras con autorización no se restablezcan los trabajos dentro de los tres (3) días calendario siguientes a la orden de iniciarlos. c) Cuando EL CONTRATISTA no dé comienzo a los trabajos dentro del plazo estipulado. d) Cuando EL CONTRATISTA se niegue a efectuar las reparaciones y modificaciones de las obras a que será obligado por el presente contrato. e) La muerte de EL CONTRATISTA. f) Cuando a juicio de EL CONTRATANTE haya habido culpa de EL CONTRATISTA que cause retardos en la ejecución de la obra. g) Cuando la calidad de la obra no sea aceptable a juicio de EL CONTRATANTE. h) El incumplimiento a juicio de EL CONTRATANTE, de cualquiera de las obligaciones que EL CONTRATISTA, contrae con el presente contrato. PARAGRAFO: Serán causales de terminación unilateral de este contrato por parte de EL CONTRATANTE cualquier motivo o razón que a juicio del mismo justifique tal determinación y en este caso se procederá a liquidarlo teniendo en cuenta todas las cantidades de obra ejecutadas que EL CONTRATANTE reciba a su entera satisfacción, sin que por la terminación unilateral EL CONTRATISTA pueda reclamar indemnización de perjuicios a EL CONTRATANTE.

DECIMA PRIMERA. DECISIONES PARTICULARES DEL CONTRATO: Además de las establecidas en el presente contrato, EL CONTRATISTA, deberá cumplir con los siguientes requerimientos:

- EL CONTRATISTA debe informar al área de personal de EL CONTRATANTE, los ingresos y retiros de personal. De igual manera deberá hacerse entrega a la suscripción del contrato de las hojas de vida del personal que laborara en el proyecto.

- AUDITORIA INTERNAS Y EVALUACION PERIODICA DEL CONTRATANTE. AL CONTRATISTA, Aceptara la realización de Auditorías Internas de Calidad de acuerdo a las programaciones que la Coordinación del Sistema realice. De igual forma aceptara las evaluaciones de desempeño coincidente con los periodos de pago, en las cuales se evaluara el cumplimiento de los compromisos pactados en el presente contrato, clasificadas de la siguientes manera: a. Cumplimiento de Metas Físicas, b. Cumplimiento de Calidad en los Trabajos, c. Manejo e Suficiencia de Equipos e insumos, d. Cumplimiento de obligaciones laborales y

prestacionales e. Cumplimiento de compromisos contractuales. F. Evaluación de desempeño ambiental.

- El CONTRATISTA se obliga a dar a conocer al personal obrero, las actividades que se realizarán durante el presente contrato y a difundir las capacitaciones sobre los riesgos y trabajo seguro.

- El CONTRATISTA entregará al contratante las planillas que comprueben que el personal obrero tiene conocimiento de lo anterior, por el contrario el Contratante por medio de la persona encargada de HSE en la obra, se verá en la obligación de impedir el ingreso del personal al lugar de obra.

DECIMA SEGUNDA: EL CONTRATISTA declara conocer y aceptar en todas sus partes el presente contrato.

En constancia de lo anterior firman a los catorce (14) días del mes de Septiembre de (2020).

EL CONTRATANTE

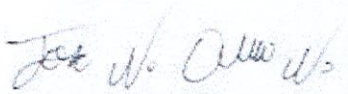
EL CONTRATISTA

EL CONTRATANTE



GERMAN ALBERTO SERRANO GUTIERREZ
R.L CONSTRUSEGO SAS
C.C 91.257.513 De Bucaramanga

EL CONTRATISTA



JOSE NOE ALBA NIÑO
C.C: 4.041.435 de Cucaita (Boy)

RESIDENTE DE OBRA
ING. VIVIANA PICON

TESTIGO

TESTIGO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4041435
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE NOE ALBA NIÑO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PAIPA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 22 NO 24-64	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1728430361			TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/02		NÚMERO AUTORIZACIÓN:			82562

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 75.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 75.000	$ 0	$ 75.000
SUBTOTALES:										$ 75.000	$ 0	$ 75.000

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 18.800
SUBTOTALES:													$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 18.800

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 32.600	$ 32.600	$ 0	$ 0	$ 32.600
SUBTOTALES:									$ 32.600	$ 0	$ 0	$ 32.600

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF10	CCF10-COMFABOY	1	$ 18.800	$ 0	$ 18.800
SUBTOTALES:			$ 18.800	$ 0	$ 18.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACION	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	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	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	TOTAL APORTE
1	CC 1007590526	BSA TRIANA WILLIAM HERNANDO	DEPEND		$ 877.803	FIJO			SI	15																	230201-PROTECCION	16	$ 468.162	$ 75.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 75.000	EPS005-SANITAS S.A.	16	$ 468.162	$ 18.800	$ 0	$ 18.800	14-11 - ARL SURA	16	$ 468.162	4041435	$ 32.600	16	$ 468.162	CCF10-COMFABOY	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 145.200

AXA COLPATRIA

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. 236674 correspondiente a la empresa Construsego S A S.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
ANDREA LILIANA GARCIA QUINTANA	C.C.	1.007.381.302	28/10/2020

Cordialmente,

NANCY SEQUERA VERGARA
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 miércoles 28 de octubre de 2020 a las 08:11:40 a.m.

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

42

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

138740101

A. AFILIACIÓN

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación
2. Tipo de Afiliación: A. Individual
3. Régimen: A. Contributivo
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente

Datos Básicos del Cotizante o Cabeza de Familia

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Gosaia
Segundo Apellido: Quintero
Primer Nombre: Andres
Segundo Nombre: Leonardo
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1007381302
9. Sexo: Masculino
10. Fecha de nacimiento

Datos Complementarios

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo N, Condición T
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colpatria
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'100.000

Residencia
Dirección: Calle 9 3-71
Teléfono: 3156834431
Correo electrónico: Pibonimgona.45@gmail.com
Municipio: Bitaco
Zona: Urbana
Departamento: Boy

Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

18. Apellidos y nombres
Primer Apellido
Segundo Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo
23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres
Primer Apellido
Segundo Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre

B1
B2
B3
B4

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad
26. Número del documento de identidad
27. Sexo
28. Fecha de nacimiento
29. Parentesco

B1
B2
B3
B4
B5

30. Etnia
31. Discapacidad: Tipo, Condición
32. Datos de Residencia
Municipio
Zona
Departamento
33. Tipo de Usuario del Régimen Subsidiado

B1
B2
B3
B4
B5

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
C
B1
B2

Cal Bitaco

4

36. Nombre o Razón Social: Convenios 30

37. Tipo Documento de Identificación: X

38. Número del documento de identificación: 900552490

39. Dígito de Verificación:

40. Dirección: CR 6 45-00

41. Código Municipio: Bogotá

42. Código Departamento: Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de afiliación
- [ ] 2. Corrección de Datos Básicos de Identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la vinculación con la EPS
  Código:
- [ ] 6. Reactivación en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad promotora de salud diferente a la actual
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad administradora de salud diferente a la actual
- [ ] 13. Movilidad: [ ] 13. Régimen Contributivo [ ] 14. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de Novedades
- [ ] 16. Reporte del cambio de Prestador de Servicios
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

C. DATOS BÁSICOS DEL AFILIADO PRINCIPAL O BENEFICIARIO

44. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

45. Documento de Identidad: TI CE CD RC CN PA SC
Número del documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento | 46. Peso: 79.1 070720

47. EPS anterior: Sanitas - Activa

48. Motivo de traslado
Código

49. Fecha de compensación / Periodo o programa de prestación

D. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 50. Declaración de dependencias económicas de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 51. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 52. Declaración de existencia de relación de hecho legal o unión libre que impide la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
- [x] 53. Declaración de corresponsabilidad del cotizante, beneficiario y afiliados adicionales en el uso adecuado y racional de los servicios de Salud
- [x] 54. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copias de la historia clínica del cotizante, grupo de familia, y de los beneficiarios o afiliados adicionales
- [x] 55. Autorización para que la EPS suministre la información que se genere por la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de aliados vigente, y a las entidades públicas donde sea necesario su conocimiento
- [x] 56. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante, grupo de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [x] 57. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular dados, mensajes de texto

E. FIRMAS

58. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

59. El empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o del grupo

F. USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD RECEPTORA

- [ ] 60. Número único del documento del afiliado
- [ ] 61. Datos de actualización de información generada por la autoridad competente
- [ ] 62. Datos del registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad
- [ ] 63. Datos de la sentencia judicial, escritura pública, acta de conciliación o documento mediante el cual se declara la unión marital de hecho
- [ ] 64. Datos del certificado de existencia o acta de liberación del padre
- [ ] 65. Datos de cambio cultural o de otro tipo de reconocimiento de autoridad
- [ ] 66. Documento en el cual conste la aceptación de la unión marital de hecho, o del reconocimiento de hijo/a, o la declaración escrita que el cotizante sabe y le consta que no existe impedimento legal para contraer matrimonio
- [ ] 67. Copia de la autorización de la Dirección para el traslado de Entidad Promotora de Salud
- [ ] 68. Certificación de afiliación a la entidad administradora de salud para efectos de portabilidad
- [ ] 69. Datos del acta de conciliación o documento en el que conste el acuerdo de voluntades

G. VALIDACIÓN DE LA ENTIDAD RECEPTORA

70. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Departamento | Código del Municipio

71. Datos del [illegible]
Código de EPS

72. Fecha de Radicación: 26 OCT 2020

73. Fecha de Validación

74. Datos del funcionario que realizó la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad

Observaciones: Activo

75. Firma del Funcionario

Sello de la Entidad Receptora

Nombre del Representante Legal de la Entidad Receptora

Cargo, Identificación y Firma del Representante Legal

Sello de la Entidad Receptora

46

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Andrea Garcia, declaro que he sido informado acerca de que la
dad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y he puesto a mi disposición la línea de
nción en Bogotá en el número de teléfono 3750000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos
ersonales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

ndo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5021 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016,
en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e
equívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de
atos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de
eguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las
ctividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de
s servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales,
rear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer,
ansferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así
omo a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos
ersonales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros,
ompañías de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda
onder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por
tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.epssanitas.com. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar su
ontenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso oportuno por
edio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

a presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: [signature]

Nombre: Andrea Garcia

Identificación: 1002781207

Fecha: 28-10-2020

45

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación

Fecha de Radicación

138740101

(Lea las instrucciones que se encuentran al reverso antes de diligenciar este formulario)

A. AFILIACION

1. DATOS DEL TRABAJADOR

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación — B. Reporte de Novedades: X

2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia — B. Colectiva — C. De Oficio — Beneficiario o Afiliado adicional — J. Independiente

3. Régimen: A. Contributivo: X — B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante: X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente — B. Independiente — D. Pensionado

Código: (si registra solo un tipo): 01

2. DATOS DE LA COTIZACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Gaona — Segundo Apellido: Quintero — Primer Nombre: Andrea — Segundo Nombre: Johana

7. Tipo de documento de identidad: CC: X — TI — CE — RC — PA — SC

8. Número del documento de identidad: 1007381302

9. Sexo: Femenino — Masculino

10. Fecha de Nacimiento

3. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Colpatria

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'100.000

Residencia (Dirección): Calle 9 3-71

Teléfono Celular: 3156531431 — Correo Electrónico: Thandagona.45@gmail.com

Municipio: Bitago — Departamento — Zona: Urbana: X — Rural — Localidad / Barrio — Código Postal: Sbe

4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE (Diligenciar solo para cotizante)

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

18. Apellidos y nombres
Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

19. Tipo de documento de identidad: CC — TI — CE — CD — RC — PC — PA — SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino — Masculino

23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres
Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

24.1
24.2
24.3
24.4

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad — 26. Número del documento de identidad — 27. Sexo: Femenino / Masculino — 28. Fecha de nacimiento — 29. Parentesco

29.1
29.2
29.3
29.4
29.5

30. Etnia — 31. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P — 32. Datos de Residencia: Municipio — Zona: Urbana / Rural — Localidad / Barrio — Teléfono — Dirección

29.1
29.2
29.3
29.4
29.5

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Col Sanitas

35. Código de la IPS a la cual será adscrito

C
S
S

46

Contributivo

900552490

CR 6 45-00

Bogotá

Bogotá

X

28 07 2020

Compensar

Compensar

2 6 OCT 2020

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Andrea Gonzalez, declaro que he sido informado sobre que la
dad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y he puesto a mi disposición la línea de
nción en Bogotá en el número de teléfono 3769000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos
ersonales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com

eniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5021 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016,
en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e
equívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de
atos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de
eguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las
ctividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de
s servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales,
rear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer,
ansferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así
omo a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos
ersonales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros,
ompañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda
cceder a la información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por
u tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: www.epssanitas.com. Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el
ontenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por
nedio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

a presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: [signature]

Nombre: Andrea Gonzalez

Identificación: 1002781207

Fecha: 28-10-2020

48

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1007381302
NOMBRES	ANDREA LILIANA
APELLIDOS	GARCIA QUINTANA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	DUITAMA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 10/27/2020 18:56:33 | **Estación de origen:** 190.145.194.178

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007381302,** no está registrado/a en el 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 27 de octubre de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

comfaboy
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ
Nit. 891.800.213 - 8

Diligencie este Formulario para Afiliacion de Trabajadores según lo explicado al respaldo del formulario

Cra. 10 Nº. 16-81 • Tels.. 744 1515 - 744 1533 - Tunja

CIUDAD: Tutaza | FECHA: Día 28 | Mes 10 | Año 2020 | Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Construsecos S.A.S. | NIT / C.C. / C.E.: 900.552.490

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. X / C.E. / T.I.
Garcia	Quintana	Andrea Liliana	1.007.381.302

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	NÚMERO DE CELULAR
Call 9 N 321	Santa Rosa Viterb	Santander		3156534931

ESTADO CIVIL: SOLTERO X | CASADO | UNIÓN LIBRE | SEPARADO | VIUDO

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA | SECUNDARIA | TÉCNICO | TECNOLÓGICO X | PREGRADO | POSTGRADO

CORREO ELECTRÓNICO:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO X	POR TAREA	FECHA INGRESO: DÍA 28	MES 10	AÑO 20	FECHA TERMINACIÓN: DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
	X								Tutaza

INGRESO MENSUAL ($): 1.100.000 | HORAS LABORADAS MES: 205 | ES VENDEDOR: SI | NO X

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA | LOTE | NINGUNO X | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO | RURAL

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SI | NO X

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS EMPLEADOR O EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJÓ ANTERIORMENTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	FECHA RETIRO

V. DATOS CONYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. / C.E. / T.I.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO

TRABAJA: SI / NO	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA	SALARIO MENSUAL	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

CONVIVE: SI / NO

VI. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOC. DE IDENTIDAD: TIPO (R.C. / T.I. / C.E. / NUIP)	NÚMERO	SEXO: M	F	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	PARENTESCO: HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (1)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE BIOLÓGICO DIFERENTE A TRABAJADOR (2)

(1) INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Tecnica), PR (Profesional), O (Otro)

(2) REGISTRE EL NUMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLOGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR QUE SE ESTÁ AFILIANDO.

Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT 891.800.213-8, para recolectar, almacenar, usar, actualizar, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales o vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos, con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios y en especial para el envío para campañas de información sobre el pago de la cuota monetaria a que tengo derecho, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de estadísticas, encuestas, vía telefónica, de los diferentes canales de información, los cuales serán tratados a los fines establecidos anteriormente conforme a la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos consignados anteriormente son exactos y pueden ser verificados.

Autorizo el envío de comunicaciones a la información sobre el subsidio familiar y demás servicios usando los siguientes datos, entre otros, Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, Teléfono Fijo o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI | NO

PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO *"MODALIDAD DE PAGO"*, DONDE IDENTIFIQUE EL MEDIO POR EL CUAL SE LE GIRE LOS VALORES A QUE TIENE DERECHO - SOLICITE EL FORMATO DE MODALIDAD DE PAGO.

ANDREA L. GARCIA.
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO EMPLEADOR

VIGILADO Supersubsidio

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones	Cantidad de Folios

RECIBIDO

FO-GJ074 | Versión N° 1 | 06/07/2020

Original: Recto Aportes y Subsidios | Copia: Empleador

5!

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900552490
Número Afiliación:	236674
Razón social:	CONSTRUSEGO S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	79309749
Nombre:	GUSTAVO DUEÑAS FUENTES
Fecha Ingreso:	07/11/2020
Salario básico:	877.803
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	06/11/2020 11:46:00 a.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COMPARTA
Servicio Con Solidaridad y Resolución EPS-S

NIT. 804.002.105-0
ESS133 - ESSC33

No. DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual { - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] } B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Dueñas	Segundo Apellido: Fuentes	Primer Nombre: Gustavo	Segundo Nombre:
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 79.309.749	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 11 01 1962

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo [F N M] Condición [T P]	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
AXA colpatria	Colpensiones	877.803

18. Residencia				
Calle 20 N 10-11	Teléfono Fijo	3112851853 Teléfono Celular		Correo Electrónico
Tuta29 Municipio/Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Centro Localidad/Comuna	Boyaca Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y Nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de Nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Condición P
01				
02				
03				
04				
05				

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01					
02					
03					
04					
05					

Selección de la IPS prestadora

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
P		
S		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Construseeo S.A.S	NIT	900.552.490-1	

39. Ubicación				
Cra 27 N 37-33	6472928	Augestionhumana@gmail.com	Bucaramanga Municipio/Distrito	Santander Departamento

COMPARTA EPS-S
AFILIACIONES
10 NOV 2020
Teléfono Fijo y/o Celular
RECIBIDO

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79309749
NOMBRES	GUSTAVO
APELLIDOS	DUEÑAS FUENTES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	TUTASA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA EMPRESA PROMOTORA SUBSIDIADA "COMPARTA EPS-S"	SUBSIDIADO	01/09/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/04/2020 14:01:20	Estación de origen:	190.145.194.178

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se

54

Colpensiones
Vem por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GUSTAVO DUEÑAS FUENTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79309749,** se encuentra afiliado/a desde **04/12/1987** 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 04 de noviembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño 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.

59

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

comfaboy
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACA
Nit. 891.800.213 - 6

Diligencie este Formulario para Afiliación de Trabajadores según lo explicado al respaldo del formulario.

Cra. 10 Nº. 16-81 • Tels.: 744 1515 - 744 1533 - Tunja

CIUDAD: Tunja | FECHA: Día 9 | Mes 11 | Año 2020 | Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Constrúseco S.A.S | NIT. / C.C. / C.E.: 900.552.490.

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X] C.C. [ ] C.E. [ ] T.I.
Dueñas	Fuentes	Gustavo	79.309.749

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	NÚMERO DE CELULAR
Calle 11 N 12-13	Tunja	Boyaca		3112851853

ESTADO CIVIL: [X] SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO

NIVEL ACADÉMICO: [ ] BASICA PRIMARIA [X] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO

CORREO ELECTRÓNICO:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	POR TAREA	FECHA INGRESO: DÍA	MES	AÑO	FECHA TERMINACIÓN: DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
[ ]	[X]	[ ]	07	11	20				Tunja

INGRESO MENSUAL ($): 877.803 | HORAS LABORADAS MES: 180 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [X] | SU PROPIEDAD ESTA UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [X]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS EMPLEADOR O EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJÓ ANTERIORMENTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT:	FECHA RETIRO:

V. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. C.E. T.I.

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO

TRABAJA: SÍ NO	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

CONVIVE: SÍ NO	

VI. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NOMBRES:	DOC. DE IDENTIDAD TIPO (C.C. T.I. C.E. NUIP)	NÚMERO	GENERO M	GENERO F	FECHA DE NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (1°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE BIOLÓGICO DIFERENTE A TRABAJADOR (2°)

1° INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro).

2° REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR QUE SE ESTÁ AFILIANDO.

Autorizo expresamente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT 891.800.213-8, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mi, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales o vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios y en especial para el envío para campañas de información sobre el pago de la cuota monetaria a que tengo derecho, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos contenidos en este informe son exactos y pueden ser verificados.

Autorizo el envío de comunicaciones e información sobre el subsidio familiar y demás servicios usando mis siguientes datos, entre otros: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, Teléfonos Fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SÍ [ ] NO [ ]

PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO *"MODALIDAD DE PAGO"*, DONDE IDENTIFIQUE EL MEDIO POR EL CUAL SE LE GIRE LOS VALORES A QUE TIENE DERECHO - SOLICITE EL FORMATO DE MODALIDAD DE PAGO.

Gustavo Dueñas
FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

VIGILADO SuperSubsidio

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones:	Cantidad de Folios:

RECIBIDO

F-12-274 / Version 9 / 10/07/2020

Original: Depto. Aportes y Subsidios Copia: Empleador

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900552490
Número Afiliación:	236674
Razón social:	CONSTRUSEGO S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1090440049
Nombre:	NORVEY MEDINA RUIZ
Fecha Ingreso:	29/10/2020
Salario básico:	877.803
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	28/10/2020 07:18:28 p.m.

Certificado de Afiliación

El Señor NORVEY MEDINA RUIZ , identificado con Cédula Ciudadanía 1.090.440.049, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	NORVEY MEDINA RUIZ		
Número de identificación:	1090440049	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
[illegible] actual de residencia:	CRA 2a #3-15	Municipio residencia:	Tunja
Teléfono actual de residencia:	7437593	Depto. Residencia:	BOYACA

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
900552490	CONSTRUSEGO SAS	29/10/2020	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1029524124	RC	SERGIO ALEJANDRO MEDINA ROJAS	01/08/2017	VIGENTES		HI-HIJO(A) MENOR DEPENDIENTE
Benef. Subsidiado	27804877	CC	MARGARITA RUIZ CASTILLO	01/08/2017	RETIRADOS	30/06/2020	MADRE

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 29 días del mes de Octubre de 2020, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro: Javier Hernando Parra Hernandez

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Medina	Ruiz	Norvet	

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.090.440.049	Femenino [ ] Masculino [X]	21 09 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo [ ] Condición [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
AXA colpatria	Proteccion	877.803

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Carrera 2a N 3-15		3125276481	
Municipio/Distrito	**Zona**	**Localidad/Comuna**	**Departamento**
Tuta	Urbana [X] Rural [ ]		Boyaca.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Sexo	31. Tipo: T	31. Tipo: M	31. Tipo: P	32. Condición: C	32. Condición: D
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	33. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	34. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	35. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Construseg60 S.A.S	NT	900.552.490	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Carrera 27 N 37-33	6972928	Auxgestionhumana9796@gmail.com	Bucaramanga	Santander

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1090440049
NOMBRES	NORVEY
APELLIDOS	MEDINA RUIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	TUNJA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	MEDIMAS EPS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/12/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/28/2020 19:00:43	Estación de origen:	190.145.194.178

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la [illegible]al inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el [illegible]gimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MEDINA RUIZ NORVEY** identificado(a) con **CC** número **1.090.440.049** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de marzo de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de octubre de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

61

FORMULARIO PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES

Comfaboy
Caja de Compensación Familiar de Boyacá
Nit. 891.800.213 - 6

Diligencie este Formulario para Afiliación de Trabajadores según lo explicado al respaldo del formulario

Cra. 10 Nº. 16-81 - Tels.: 744 1515 - 744 1533 - Tunja

CIUDAD: Tuta2a | FECHA: Día 02 | Mes 11 | Año 2020 | Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: CONSTRUSEGO S.A.S | NIT. / C.C. / C.E.: 900.552.490

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD (X CC / CE / TI)
Medina	Ruiz	Norvet	X 1.090.440.549

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	NÚMERO DE CELULAR
Cra 2a N 3-15	Tuta2a	Santander		3125276481

ESTADO CIVIL: X SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO

NIVEL ACADÉMICO: ☐ BÁSICA PRIMARIA X SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☐ POSTGRADO

CORREO ELECTRÓNICO:

CONTRATO: INDEFINIDO	TERMINO FIJO	POR TAREA	FECHA INGRESO: DÍA	MES	AÑO	FECHA TERMINACIÓN: DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
	X		29	10	20				Tuta2a

INGRESO MENSUAL $: 877.803 | HORAS LABORADAS MES: 144 | ES VENDEDOR: SI ☐ NO X

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO X | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO X RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SI ☐ NO X

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS EMPLEADOR O EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJÓ ANTERIORMENTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	FECHA RETIRO

V. DATOS CONYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD (CC / CE / TI)

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO

TRABAJA: SI ☐ NO ☐	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA	SALARIO MENSUAL	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)
CONVIVE: SI ☐ NO ☐			

VI. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOC. DE IDENTIDAD: TIPO (RC / TI / CC / NUIP)	NÚMERO	GÉNERO: M	F	FECHA DE NACIMIENTO: Día	Mes	Año	PARENTESCO: HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (1)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE BIOLÓGICO DIFERENTE A TRABAJADOR (2)

(1) INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Preescolar), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro).

(2) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR QUE SE ESTÁ AFILIANDO.

Autorizo irrevocablemente, de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT 891.800.213-6, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales o vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios y en especial para el envío para campañas de información sobre el pago de la cuota monetaria a que tengo derecho, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

Declaro bajo la gravedad de juramento que los datos contenidos en este informe son exactos y pueden ser verificados.

Autorizo el envío de comunicaciones e información sobre el subsidio familiar y demás servicios usando los siguientes datos, entre otros: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Twitter, Facebook, Dirección de correspondencia, Teléfonos Fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI X NO ☐

PARA EL PAGO DE LA CUOTA MONETARIA ES INDISPENSABLE EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO *"MODALIDAD DE PAGO"*, DONDE IDENTIFIQUE EL MEDIO POR EL CUAL SE LE GIRE LOS VALORES A QUE TIENE DERECHO - SOLICITE EL FORMATO DE MODALIDAD DE PAGO.

Norvey Medina R

FIRMA DEL TRABAJADOR

HUELLA Y SELLO EMPLEADOR

ESPACIO RESERVADO PARA COMFABOY

Observaciones	Cantidad de Folios

RECIBIDO

Original: Destino Aportes y Subsidios — Copia: Empleador

F-CS-174 / Versión 4 / 11/07/2020

Afiliación Sigue Subsidio

62

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 900552490
Número Afiliación: 236674
Razón social: CONSTRUSEGO S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1052314921
Nombre: DIANA MARCELA BECERRA NIÑO
Fecha Ingreso: 29/10/2020
Salario básico: 877.803
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: SUCURSAL 1
Centro de trabajo: CTRAB 005
Tasa: 6,960
Fecha hora transacción: 28/10/2020 07:51:32 p.m.

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4005797310	0|5|1|1|2|0|2|0

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

tipo de tramite: Afiliación [X] B.Reporte de Novedades [ ]

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva [ ] A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia [X] -Beneficiario afiliado adicional [ ] B. Institucional [ ] B. De oficio [ ]

3.Regimen: A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]

Tipo de afiliado: . Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
BECERRA	NIÑO	DIANA	MARCELA

Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1052314921	Femenino [X] Masculino [ ]	2|2|0|8|1|9|9|8

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

1.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	877803

3.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 3 3 71		3133346271	DIANAMABRI@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
TUNJA	Urbana [X] Rural [ ]		BOYACA

. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

). Apellidos y nombres completos

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

). Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

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

. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
1				
2				
3				
4				
5				

	. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
1					
2					
3					
4					
5					

Datos complementarios

	.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
1							
2							
3							
4							
5							

. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
1						
2						
3						
4						
5						

eleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	SIREB LTDA TUNJA - UOD DENTOLASER 20 DE JULIO	SMEDICATUN - DENTO20JUL
	-	-
	-	-
	-	-

DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSTRUSEGO SAS	NIT	900552490	01

Ubicación Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 6 45 09 AP 131 O BRR PARDO RUBIO	2459162	AUXGESTIONHUMANA97@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA