

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |                             |                 |                    |                                           |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCIÓN                   | TELÉFONO        | CORREO             | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                  | 94399935          | FRANCISCO JAVIER GAZIA<br>ECHEVERRI | CRA 36d # 12 oeste -<br>240 | 3997411         | arqgazia@gmail.com |                                           |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO                      | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                                           |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                     |                             | VALLE DEL CAUCA | CALI               |                                           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                       |                 |                              |                    |              |
|----------------------|---------------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA<br>(DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO<br>(DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                       | 93582285        | 21/07/2026                   | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                       | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA                 | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                               | I               | \$0                          | \$831.600          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 351.800                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 351.800       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |                               |             |                        |  | 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 |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|--|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre                        | NIT         | Cotización Obligatoria |  |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
| 230201          | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 450.400                |  | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 450.400       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |  | 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 |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|--|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria |  | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 29.400                 |  |                  |       |                        | 29.400                | 0         | 0                     | 29.400              |                            |                     | 294               | 29.400        | 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                              | 351.800                             | 351.800       |
| Pensión                | 1                              | 450.400                             | 450.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 29.400                              | 29.400        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 831.600                             | 831.600       |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 93582285        | 21/07/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-07              | 2026-07                           | I               | \$0                      | \$831.600          |              |

[illegible]



**Comprobante en línea**  
Pago PSE

21 Jul 2026 09:49



**Pago exitoso**  
CUS 498104890

Comercio  
**COMPENSAR-OI**

Referencia 1  
**190.99.192.38**

Fecha  
**21 Jul 2026 09:49**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**93582285**

Referencia 3  
**94399935**

Descripción del pago  
**MiPlanillacom Pago Proteccion Social**

Valor del Pago  
**\$831.600**

Número de comprobante  
**TR2607210949553F7XI9**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Cuenta de ahorros**  
**\*\*\*\* 1878**



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

FRANCISCO JAVIER GAZIA ECHEVERRI identificado con CC. 94399935 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Nombres y/o Razón           | MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI |
| Tipo y Numero de Documento  | NI - 890399011                |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL |                            |                            |                                                                                                                     |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/07/18                 | Fecha inicio contrato      | 2026/07/01                                                                                                          |
| Tipo de vinculación          | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato      | 2026/10/31                                                                                                          |
| Riesgo                       | 4                          | Código actividad económica | 4432101 - Instalaciones eléctricas, incluye instalaciones de sistemas de iluminación, alarma, alumbrado de calles y |
| Estado afiliación            | Activa                     |                            |                                                                                                                     |
| Fecha retiro                 | -                          | Estado del contrato        | Activa                                                                                                              |

Esta certificación se expide a los 24 días del mes de julio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC24072026N94399935A20320437**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**  
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

