



CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL

Identificación CC - 1081928424

Sucursal 0

Período Pensión 2026-02

Período Salud 2026-02

Fecha Pago Planilla 2026-04-16

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1081928424
Nombre	CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL
EPS	Asociacion Mutual SER ESS EPS - MOV
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	37098854
Referencia de Pago(PIN)	null
Tipo Planilla	N
Periodo Pensión	2026-02
Periodo Salud	2026-02
Tipo Cotizante	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
										A																		0		
										C																		0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.800.000	0,1250000	\$ 225.000	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0
30	2.207.100	0,1250000	\$ 275.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.800.000	0,1600000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0
30	2.207.100	0,1600000	\$ 353.200	\$ 0	\$ 0	\$ 353.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.800.000	0,0052200	\$ 9.400	1
30	2.207.100	0,0052200	\$ 11.600	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0



RAZÓN SOCIAL :	CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL
IDENTIFICACIÓN:	CC-1081928424
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-01-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-02-06
FECHA DE PAGO:	2026-01-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-01
PERÍODO SALUD:	2026-01
NÚMERO PLANILLA:	35892387
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35892387
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC07	806008394	EPS-S MUTUAL - MOV	1	\$ 1.800.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 225.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.800.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 288.000	\$ 288.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.800.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.400	\$ 9.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 522.400	\$ 522.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/03/2026
----------------------------------	------------



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.928.424**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1081928424** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado: **Activo**

IPS de atención: **ESE HOSPITAL 7 DE AGOSTO PLATO**

Categoría: **A**

Fecha afiliación: **01/12/2025**

Régimen: **Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 14 de julio del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

infocontributivo@mutualser.com

MUTUAL SER EPS



CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL

Identificación CC - 1081928424

Sucursal 0

Período Pensión 2026-03

Período Salud 2026-03

Fecha Pago Planilla 2026-07-03

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1081928424
Nombre	CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL
EPS	Asociacion Mutual SER ESS EPS - MOV
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	37924906
Referencia de Pago(PIN)	null
Tipo Planilla	N
Periodo Pensión	2026-03
Periodo Salud	2026-03
Tipo Cotizante	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
										A																		0		
										C																		0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.207.100	0,1250000	\$ 275.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0
30	2.400.000	0,1250000	\$ 300.000	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.207.100	0,1600000	\$ 353.200	\$ 0	\$ 0	\$ 353.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0
30	2.400.000	0,1600000	\$ 384.000	\$ 0	\$ 0	\$ 384.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.207.100	0,0052200	\$ 11.600	1
30	2.400.000	0,0052200	\$ 12.600	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0



CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL

Identificación CC - 1081928424

Sucursal 0

Período Pensión 2026-04

Período Salud 2026-04

Fecha Pago Planilla 2026-07-03

Tipo Identificación	CC
Numero Identificación	1081928424
Nombre	CAMILA ANDREA GONZALEZ CANAVAL
EPS	Asociacion Mutual SER ESS EPS - MOV
AFP	PORVENIR
Caja de compensación	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
Número Planilla	37924952
Referencia de Pago(PIN)	null
Tipo Planilla	N
Periodo Pensión	2026-04
Periodo Salud	2026-04
Tipo Cotizante	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
Subtipo de Cotizante	No aplica

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
										A																		0		
										C																		0		

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.207.100	0,1250000	\$ 275.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0
30	2.400.000	0,1250000	\$ 300.000	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.207.100	0,1600000	\$ 353.200	\$ 0	\$ 0	\$ 353.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0
30	2.400.000	0,1600000	\$ 384.000	\$ 0	\$ 0	\$ 384.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.207.100	0,0052200	\$ 11.600	1
30	2.400.000	0,0052200	\$ 12.600	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0