lforeroani@hotmail.com

De:	Contactenos
Enviado el:	viernes, 14 de mayo de 2021 5:12 p. m.
Para:	Orfeo Radicar
CC:	Wilson Yovani Garzon Cifuentes
Asunto:	RV: SOLICITUD QUEJA
Datos adjuntos:	FRACTURAS 3, 5, 6 Y 7 Y ACTAS CONSORCIO OBRAS 2018.pdf; PARAFISCALES JUNIO A OCTUBRE 2020.pdf; AFILIACION LUIS FELIPE GENOY VILLOTA.pdf; AFILIACION DIEGO ARMANDO GENOY VILLOTA.pdf; AFILIACION OSWALDO MIRAMAG..pdf; OFICIO ANI.pdf; OFICIO ANI 02.pdf

Buen día

Por favor incluir en el sistema RECLAMO y asignar a CARRETERO 2 para conocimiento y respuesta

Gracias

De: PATRICIA ZAMBRANO <ingpatriciazambrano@gmail.com>
Enviado: viernes, 14 de mayo de 2021 10:03 a. m.
Para: Contactenos <contactenos@ani.gov.co>; Denuncias Ani <denuncias@ani.gov.co>; facturacion@consorciosh.com <facturacion@consorciosh.com>; Diego Zuñiga U Vial Del Sur <dfzuniga@sacyr.com>; Alquilier Bomba 🙏 <jmramos@consorciosh.com>
Asunto: Fwd: SOLICITUD QUEJA

Señores:
ANI.

Solicitud: Queja por segunda vez.

Cordial Saludo

Yo, Patricia Zambrano Ortega, identificada como aparece al pie de mi firma en calidad de representante legal de mi empresa con Nit 41.180.411-4 celebre un CONTRATO DE ALQUILER DE ALQUILER DE UNA BOMBA ESTACIONARIA con el CONSORCIO SH, CONTRATO 465 DEL 2020, durante el periodo de 4 meses, con fecha de inicio el día 12 de junio del año 2020 hasta el día 12 de octubre del año 2020, más una orden de servicio durante los días 13 a 19 de octubre del año 2020, por un valor total de OCHENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS MDA -CTE ($82.499.200.oo) incluido IVA

De los valores anteriores se hicieron los siguientes abonos.

1. Por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MDA –CTE. $3.614.974 correspondientes a descuentos por combustibles.
2. Consignación a la cuenta Davivienda numero 106660023099 por un valor de CINCUENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTITRÉS MIL SETECIENTOS TRES PESOS MDA –cte. $53.523.703.

A la fecha me adeudan la suma de VEINTICUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MDA CTE ($24.689.969.oo)

Por lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta que es un contrato que ya finalizo el 19 de octubre del año 2.020, Les solicito muy amablemente me colaboren para que se genere el pago de lo que se me adeuda.

Anexo:

- Copia de actas y facturas.
- *copia de afiliación.*

- *Copia de planilla de parafiscales.*

Atentamente,

_____

PATRICIA ZAMBRANO.
Ing: Civil.
Tel: 310 497 4868.

---------- Forwarded message ---------
De: **PATRICIA ZAMBRANO** <ingpatriciazambrano@gmail.com>
Date: lun, 29 mar 2021 a las 18:33
Subject: SOLICITUD QUEJA
To: <contactenos@ani.gov.co>, <denuncias@ani.gov.co>

Señores:
ANI.

Solicitud: Queja.

Cordial Saludo

Yo, Patricia Zambrano Ortega, identificada como aparece al pie de mi firma en calidad de representante legal de mi empresa con Nit 41.180.411-4 celebre un CONTRATO DE ALQUILER DE ALQUILER DE UNA BOMBA ESTACIONARIA con el CONSORCIO SH, CONTRATO 465 DEL 2020, durante el periodo de 4 meses, con fecha de inicio el día 12 de junio del año 2020 hasta el día 12 de octubre del año 2020, más una orden de servicio durante los días 13 a 19 de octubre del año 2020, por un valor total de OCHENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS MDA -CTE ($82.499.200.oo) incluido IVA

De los valores anteriores se hicieron los siguientes abonos.

1. Por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MDA –CTE. $3.614.974 correspondientes a descuentos por combustibles.
2. Consignación a la cuenta Davivienda numero 106660023099 por un valor de CINCUENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTITRÉS MIL SETECIENTOS TRES PESOS MDA –cte. $53.523.703.

A la fecha me adeudan la suma de VEINTICUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MDA CTE ($24.689.969.oo)

Por lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta que es un contrato que ya finalizo el 19 de octubre del año 2.020, Les solicito muy amablemente me colaboren para que se genere el pago de lo que se me adeuda.

Anexo:

- Copia de actas y facturas.
- *copia de afiliación.*
- *Copia de planilla de parafiscales*

Cordialmente,

_____

PATRICIA ZAMBRANO.
Ing: Civil.
Tel: 310 497 4868.

Contactenos
Servicios
Atención al Ciudadano
Vicepresidencia Administrativa y Financiera
PBX: 571 - 484 8860 Ext: 1368
Calle 24 A Nro. 59 - 42 Edificio T4, Piso 2
Bogotá D.C. – Colombia - www.ani.gov.co

"Resolución 0666 del 24 de abril de 2020 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social Principales medidas de bioseguridad:

- Lávese las manos frecuentemente.
- Use el tapabocas cubriendo nariz y boca.
- Practique el distanciamiento físico.
- Lo invitamos a descargar y reportar diariamente su condición de salud en la Aplicación CoronApp-Colombia o en Alissta si está afiliado a la ARL POSITIVA.

Por favor piense en el medio ambiente antes de Imprimir este correo
La información contenida en este correo electrónico es propiedad de la Agencia Nacional de Infraestructura.: es confidencial y para uso exclusivo de el (los) destinatario(s) / En la Agencia Nacional de Infraestructura respetamos y garantizamos que los datos personales suministrados por usted, a través de nuestros canales de comunicación, estén protegidos y no se divulgarán sin su consentimiento. Cumplimos con nuestra política de Confidencialidad y Protección de Datos. Si quiere conocerla lo invitamos a consultarla en: https://www.ani.gov.co/contenido/politicas-tic. Si ha recibido este mensaje por error, por favor notifíqueselo inmediatamente al remitente: no copie, imprima, distribuya ni difunda su contenido. Las opiniones, conclusiones e informaciones que no estén relacionadas directamente con el negocio de la Agencia Nacional de Infraestructura. deben entenderse como personales y no están avaladas por la compañía.

PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
Ingeniera Civil
Universidad del Cauca

San Juan de Pasto, 29 de marzo de 2.021.

Señores:
ANI.

Solicitud: Queja.

Cordial Saludo

Yo, Patricia Zambrano Ortega, identificada como aparece al pie de mi firma en calidad de representante legal de mi empresa con Nit 41.180.411-4 celebre un CONTRATO DE ALQUILER DE ALQUILER DE UNA BOMBA ESTACIONARIA con el CONSORCIO SH, CONTRATO 465 DEL 2020, durante el periodo de 4 meses, con fecha de inicio el día 12 de junio del año 2020 hasta el día 12 de octubre del año 2020, más una orden de servicio durante los días 13 a 19 de octubre del año 2020, por un valor total de OCHENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS MDA -CTE ($82.499.200.oo) incluido IVA

De los valores anteriores se hicieron los siguientes abonos.

1. Por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MDA –CTE. $3.614.974 correspondientes a descuentos por combustibles.
2. Consignación a la cuenta Davivienda numero 106660023099 por un valor de CINCUENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTITRÉS MIL SETECIENTOS TRES PESOS MDA –cte. $53.523.703.

Dirección: Cra 42 No. 18A-94 - Centro Comercial Valle de Atriz oficina 305-306, Telefax: 7310437
Pasto-Nariño
E-Mail: ingpatricia@telecom.com.co

PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
Ingeniera Civil
Universidad del Cauca

A la fecha me adeudan la suma de VEINTICUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MDA CTE ($24.689.969.oo)

Por lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta que es un contrato que ya finalizo el 19 de octubre del año 2.020, Les solicito muy amablemente me colaboren para que se genere el pago de lo que se me adeuda.

Anexo:

- Copia de actas y facturas.
- *copia de afiliación.*
- *Copia de planilla de parafiscales*

Atentamente,

FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA.
C.C. No. 41.180.411 de Sibundoy Putumayo.
CEL: 310 497 4868

Dirección: Cra 42 No. 18A-94 - Centro Comercial Valle de Atriz oficina 305-306, Telefax: 7310437
Pasto-Nariño
E-Mail: ingpatricia@telecom.com.co

PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
Ingeniera Civil
Universidad del Cauca

San Juan de Pasto, 14 de mayo de 2.021.

Señores:
ANI.

Solicitud: Queja por segunda vez.

Cordial Saludo

Yo, Patricia Zambrano Ortega, identificada como aparece al pie de mi firma en calidad de representante legal de mi empresa con Nit 41.180.411-4 celebre un CONTRATO DE ALQUILER DE ALQUILER DE UNA BOMBA ESTACIONARIA con el CONSORCIO SH, CONTRATO 465 DEL 2020, durante el periodo de 4 meses, con fecha de inicio el día 12 de junio del año 2020 hasta el día 12 de octubre del año 2020, más una orden de servicio durante los días 13 a 19 de octubre del año 2020, por un valor total de OCHENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS MDA -CTE ($82.499.200.oo) incluido IVA

De los valores anteriores se hicieron los siguientes abonos.

1. Por valor de TRES MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS MDA –CTE. $3.614.974 correspondientes a descuentos por combustibles.
2. Consignación a la cuenta Davivienda numero 106660023099 por un valor de CINCUENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTITRÉS MIL SETECIENTOS TRES PESOS MDA –cte. $53.523.703.

A la fecha me adeudan la suma de VEINTICUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MDA CTE ($24.689.969.oo)

Por lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta que es un contrato que ya finalizo el 19 de octubre del año 2.020, Les solicito muy amablemente me colaboren para que se genere el pago de lo que se me adeuda.

Anexo:

- Copia de actas y facturas.
- *copia de afiliación.*
- *Copia de planilla de parafiscales*

Atentamente,

FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA.
C.C. No. 41.180.411 de Sibundoy Putumayo.
CEL: 310 497 4868

Dirección: Cra 42 No. 18A-94 - Centro Comercial Valle de Atriz oficina 305-306, Telefax: 7310437
Pasto-Nariño
E-Mail: ingpatricia@telecom.com.co

PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
Ingeniera Civil
Universidad del Cauca

San Juan de Pasto, 05 de octubre de 2.020.

Señores:
CONSORCIO SH.

Cordial Saludo

Por medio de la presente les informo que se hizo cambio de operador a partir del día 06 de octubre de 2.020 el señor que operara la bomba se llama DIEGO ARMANDO GENOY VILLOTA identificado con la cedula de ciudadanía 1.085.343.929.

Anexo copia de afiliación.

Atentamente,

FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA.
C.C. No. 41.180.411 de Sibundoy Putumayo.
CEL: 310 497 4868

Dirección: Cra 42 No. 18A-94 - Centro Comercial Valle de Atriz oficina 305-306, Telefax: 7310437
Pasto-Nariño
E-Mail: ingpatricia@telecom.com.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.085.343.929
GENOY VILLOTA
APELLIDOS
DIEGO ARMANDO
NOMBRES
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 19-ENE-1999
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
13-FEB-2017 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-2300100-00894976-M-1085343929-20170407
0054843822A 3
48359675

3166493612

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	41180411
Número Afiliación:	155709
Razón social:	PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1085343929
Nombre:	DIEGO ARMANDO GENOY VILLOTA
Fecha Ingreso:	06/10/2020
Salario básico:	1.500.000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	05/10/2020 06:28:07 p.m.

La radicación no. 0003083526 ha sido registrada exitosamente. La respuesta será enviada a: anabelly0805@hotmail.com en los próximos tres días hábiles, puede llegar a tu bandeja de entrada u otras carpetas.

Si no obtienes respuesta puedes comunicarte en Bogotá al 3759000 y al 01 8000919100 en el resto del país.

Aceptar

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas

Operador: Sanitas Internacional
NIT 830.281.445-8

CODIGO 005 República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: DD MM AAAA

I - DATOS DEL TRÁMITE (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. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
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 [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: Genny
- Segundo apellido: Villota
- Primer nombre: Diego
- Segundo nombre: Armando

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1085343929
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 19/01/1999

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Axa colpatria
16. Administradora de Pensiones: porvenir
17. Ingreso Base de Cotización - IBC: 1500000
18. Residencia
- Dirección: Cr 42 # 18A - 94
- Teléfono Fijo: 7310437
- Teléfono Celular:
- Correo Electrónico:
- Municipio / Distrito: Pasto
- Zona: Urbana [X] Rural [ ]
- Localidad / Comuna:
- Departamento: Nariño

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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo: F	N	M	T	P	Condición
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

32. Datos de residencia

	Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

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: Fanny Zambrano
36. Tipo de documento de identificación:
37. Número del documento de identificación: 41180411
38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
39. Ubicación
- Dirección: Cr 42 # 18A-94
- Teléfono Fijo: 7310437
- Correo Electrónico:
- Municipio / Distrito: Pasto
- Departamento: Nariño

Escaneado con CamScanner

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
				06/02/2020

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado (Código)	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la E.P.S. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.P.S. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
	Jenny Zarbom.

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la Escritura Pública o Sentencia Judicial que declare el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de unión marital
- [ ] 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia
- [ ] 62. Documento que conste la pérdida de la patria potestad o el Certificado de Defunción de los padres o la Declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del Acto Administrativo o Providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

Recuerde que con la firma, manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Escaneado con CamScanner

Al diligenciar este formulario es muy importante para el SGSSS, por tanto, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO

Número de radicación: Número que la EPS asigne en forma consecutiva a cada trámite que realicen los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o electrónico. Quien realice el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, solicitud o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleador, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o se reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporte algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional, según el tipo(s) de novedades seleccionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, Entidades o Instituciones.

Se debe colocar una "X" en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen: Marque con una "X", según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado: Marque con una "X" la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

- Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.
- Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.
- Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante: Marque con una "X" la opción que corresponda:

- Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
- Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.
- Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de Cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registre los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una "X", en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una "X", en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilie la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una "X" en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio sólo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una "X", en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Certificado de Nacido Vivo, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicio (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el Registro Civil.
RC	Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una notaría pública con que se identifican los menores de siete (7) años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre siete (7) y diecisiete (17) años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	Cédula de Ciudadanía, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir dieciocho (18) años de edad.
CE	Cédula de Extranjería, es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a tres (3) meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuente con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de siete (7) años.
CD	Carné Diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de Permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deben permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres (3) meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales: Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena.
02	ROM (gitano).
03	Raizal (San Andrés y Providencia).
04	Palenquero (San Basilio de Palenque).
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse sólo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción T: Temporal, P: Permanente.

13. Puntaje SISBÉN: Este dato aplica sólo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisbén.

14. Grupo de población especial: Este dato aplica sólo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
05	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF
06	Población Desmovilizada
09	Víctimas del Conflicto Armado
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena
18	Población Rrom
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de Damnificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 06, 09, 11, 17, 18, 23, 24.
Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 05, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: Este dato aplica sólo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia completos.

- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si reside en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubique su residencia.
- Departamento
- En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante. Estos datos deben ser registrados sólo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y Cotiza, sólo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales. En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo: Marque con una "X", la opción, femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge.	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañero (a) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión marital de hecho
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependen económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HS	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando éste no inscribió como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Los menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia, por autoridad Competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliado adicional	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentre en el 4° de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de este.

30. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse sólo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F: Física, N: Neuro-sensorial, M: Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T: Temporal, P: Permanente.

32. Datos de residencia: Estos datos aplican sólo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residan en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural
- Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que le presenta la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que conviven con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en lo casilla recta, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que reside en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

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

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exija.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o Pagador de Pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

39. Ubicación:

- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades sólo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigente novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad: Marque con una "X" la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización del documento de identidad
4	Actualización y corrección de datos complementarios
5	Terminación de la inscripción en la EPS
6	Reinscripción en la EPS
7	Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8	Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9	Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte del trámite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual se debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o cabeza de familia.
- Registre los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o un afiliado adicional.
- Registrar en los espacios de numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, después de la modificación.
- Diligenciar el capítulo VIII de firmas.
- Seleccionar el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consta las modificaciones realizadas y anexe copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.
- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponde a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".

Escaneado con CamScanner

... que se encuentra en la ... la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia.
- Registre los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registre, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexe copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios. Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS. Esta novedad solo aplica para el régimen contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple con alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

CÓDIGO	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporte como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para permanecer al régimen
02	El afiliado informa que va a ingresar a prestar servicio militar
03	El afiliado va a pertenecer a un régimen exceptuado o especial
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "terminación la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición de terminación de la relación laboral se debe registrar los datos del capítulo V y estar por el empleador.
La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS. Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y reportar los datos correspondientes a dicha novedad.
Si se trata de una persona que inicie una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 55 del Capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales. Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que está incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañero (a) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que está excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 11: Movilidad.
También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcarla novedad 11: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 12: Traslado si cumple las condiciones para ello.
El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviera.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esta debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una "X" la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esta debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad. Esta novedad se reporta:
A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del régimen subsidiado inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.
B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS.
Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en la casilla respectiva, A o B, según el régimen que corresponda la movilidad.
- Diligenciar los datos básicos de los afiliados del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que corresponden.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviera.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trate de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
Cuando esta novedad es reportada por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte.
Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda.
La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:
- Que esté inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.
Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en las casillas A o B si se traslada en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviera.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondientes a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual traslada de EPS según la tabla siguiente:

CÓDIGO	MOTIVOS PARA EL TRASLADO
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta.
3	Cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado.
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los soportes que acrediten la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el periodo de permanencia.
Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento. Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, si el cotizante cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando se ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante. Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, de los datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual realizó la solicitud de otorgamiento del beneficio.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre pensionado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad el cotizante debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el BC con el cual cotizará como prepensionado.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado. Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 14, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia.
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente o hijo si los tuviera.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviera.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:
- Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, después de la modificación;
- Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como deben ser corregidos;
- Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y
- Novedad 15: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:
- Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;
- Novedad 10: Terminación de la relación laboral;
- Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
- Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
- Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado: Este dato se registra únicamente cuando se esté reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" y en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS
Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario solo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia.
En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS
Marque con una "X" la casilla correspondiente a los documento(s) que se anexa(n), según lo requiera el trámite que realice.

56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
Estos datos aplican solo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exija.

66. Identificación de la Entidad Territorial: Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisbén: El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisbén y registrar:
- Número de la ficha Sisbén
- Puntaje
- Nivel Sisbén (según el puntaje)

68. Fecha de radicación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisbén e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.
- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisbén.

Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.

Escaneado con CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIEGO ARMANDO GENOY VILLOTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.343.929**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 05 de Octubre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, **¿por qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
Ingeniera Civil
Universidad del Cauca

San Juan de Pasto, 12 de agosto de 2.020.

Señores:
CONSORCIO SH.

Cordial Saludo

Por medio de la presente les informo que se hizo cambio de operador a partir del día 13 de agosto de 2.020 el señor que operara la bomba se llama LUIS FELIPE GENOY VILLOTA identificado con la cedula de ciudadanía 1.085.290.365.

Anexo copia de afiliación y examen de ingreso.

Atentamente,

FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA.
C.C. No. 41.180.411 de Sibundoy Putumayo.
CEL: 310 497 4868

Dirección: Cra 42 No. 18A-94 - Centro Comercial Valle de Atriz oficina 305-306, Telefax: 7310437
Pasto-Nariño
E-Mail: ingpatricia@telecom.com.co

CELULAR 322 631 3116

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	41180411
Número Afiliación:	155709
Razón social:	PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1085290365
Nombre:	LUIS FELIPE GENOY VILLOTA
Fecha Ingreso:	12/08/2020
Salario básico:	1.500.000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	11/08/2020 02:08:26 p.m.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS FELIPE GENOY VILLOTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.290.365**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2020.

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.

Certificado de Afiliación

El señor LUIS FELIPE GENOY VILLOTA, identificado con Cédula Ciudadanía 1,085,290,365, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre: LUIS FELIPE GENOY VILLOTA
Número de identificación: 1,085,290,365
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): 12/08/2020
Estado actual: ACTIVO
Tipo de Afiliado: DEPENDIENTE
Dirección actual de residencia: CRA 42 18 A 94 A
Teléfono actual de residencia: 3226313116

Tipo Identificación: Cédula ciudadanía
Fecha de retiro:
Razón de estado: Al día - empleador pago al día
Nombre de Régimen: CONTRIBUTIVO
Municipio residencia: PASTO
Depto. Residencia: NARIÑO

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
41180411	FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA	12/08/2020	

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 12 días del mes de agosto 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: Delia Yudi Perez Calpa

salai
Salud Laboral Integral del Sur
S.A.S

Nit. 901090744-4
Licencia Salud ocupacional No 504-2019
Cel. 3155700378 - 3153082627
Carrera 32 No 13- 33 Barrio San Ignacio
salaipasto@gmail.com
Nariño - Pasto

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.060

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	08 MES	2020 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

UNION TEMPORAL ALCAVILLA	UNION TEMPORAL ALCAVILLA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

GENOY VILLOTA LUIS FELIPE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	29 AÑOS 2 MESES 9 DÍAS	CC	1085290365
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
OPERARIO DE MAQUINARIA PESADA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR ACTUAL DE OPERARIO DE MAQUINARIA PESADA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TRABAJADOR CON ENCUESTA COVID-19 NEGATIVA SIN RESTRICCION PARA LABOR DE OPERARIO MAQUINARIA PESADA POR CONTINGENCIA COVID 19 - USO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD PERMANENTES,MANTENER DISTANCIAMIENTO FISICO DE 2MT- USO DE TAPABOCAS PERMANENTE, REALIZAR LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS, NO TOCAR CARA SIN LAVARSE MANOS, SEGUIR PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DE GOBIERNO NACIONAL, DESINFECTAR HERRAMIENTAS A UTILIZAR, NO DAR LA MANO ,INFORMAR DE INMEDIATO A JEFE DE SINTOMAS GRIPALES, TOS, FIEBRE, DIARREA DISNEA, MANTENER IGUALES RECOMENDACIONES EN CASA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: CHAMORRO CORREA HAROLD ALEXANDER	Nombre: GENOY VILLOTA LUIS FELIPE
R. M.: 521621 L.S.O.: 1212/18	CC: 1085290365

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 98.400.036

MIRAMAG MAIGUAL

APELLIDOS

FABIO OSWALDO

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1977

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

15-JUN-1996 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2300100-00933855-M-0098400036-20170623 00571

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	CC
Número de documento:	41180411
Número Afiliación:	155709
Razón social:	PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	98400036
Nombre:	FABIO OSWALDO MIRAMAG MAIGUAL
Fecha Ingreso:	12/06/2020
Salario básico:	1.100.000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL 1
Centro de trabajo:	CTRAB 005
Tasa:	6,960
Fecha hora transacción:	11/06/2020 11:20:58 a.m.

Emssanar S.A.S.

NIT: 901.021.565-8

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) FABIO OSWALDO MIRAMAG MAIGUAL identificado(a) con CC 98400036, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de Emssanar S.A.S. por ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA CC 41180411 en la calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha inicio relación laboral	Fecha fin relación laboral
11/jun./2020	

Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura
11/jul./2020	

Informacion beneficiarios:

No hay beneficiarios en el grupo familiar.

El presente certificado se expide a solicitud de el(la) interesado(a) a los 11 días del mes de jun. de 2020.

Observaciones

Con destino a: Solicitud del aportante

Información sujeta a verificación por parte de Emssanar S.A.S., cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 018000187050 - Documento no válido como autorización de traslado - No es válido para aclarar situación de duplicidad en el SGSSS. Semanas de cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

CARLOS FAJARDO PABÓN
GERENTE GENERAL

VIGILADO Supersalud

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FABIO OSWALDO MIRAMAG MAIGUAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.400.036**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Junio del 2020.

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.

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: FEV-3	Código Único de Factura - CUFE: 6e2dacb63aadf7e8658607e61b7bdbc05be2d5f71f03c2478baca3e74264664fab6cc949af7fc539b00f96c1b5200c24	
Fecha de Emisión	31/08/2020	Fecha de Vencimiento	30/09/2020
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	FEV
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Efectivo
Tipo de Entrega			

Datos del Emisor	Nit del Emisor: 41180411	Razón Social:	ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA
Nombre Comercial	ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA		
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Dirección	CR 42 18 A 94 CC VALLE DE ATRIZ OF 305
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Departamento	Nariño
Actividad Económica Principal	4290	Correo	empresapatriciazambrano@hotmail.com
Tipo Responsabilidad	O-14;O-49;O-52	Municipio	Pasto
		Teléfono	3104365476

Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 900937662	Razón Social:	CONSORCIO SH
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CRA 22B 12 SUR 137 SAN MIGUEL DE UBONUCO
Número Documento	900937662	Departamento	Nariño
Nombre Comercial	CONSORCIO SH	Municipio	Pasto
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	facturacion@consorciosh.com
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Teléfono	3235757407
Tipo de Responsabilidad	O-11		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	Valor de Venta por Item
1	45500000-2	Alquiler de Bomba Estacionaria de Concreto	WM	2,06	$ 16.836.830,00			$ 5.549.419,17			$ 34.683.869,80

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

favor consignar a la cuenta corriente 050-83404-3 banco de occidente

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	34.683.869,80
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	34.683.869,80
Total impuesto detalle (+)	$	5.549.419,17
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	40.233.288,97
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	40.233.288,97

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización:18764001447907 Rango Autorizado: Desde 1 Rango Autorizado: Hasta 1000 Vigencia: 2021-01-30

CONSORCIO SH

ACTA SUBCONTRATISTAS

PT.01.02-CO-F.01 / Ed 1

OFERENTE O SUBCONTRATISTA: FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
NIT.: 411.180.411
SUBCONTRATO No.: 445
ACTA DE OBRA No. 1
FECHA DE CORTE: 15 DE AGOSTO DE 2020
PERIODO FACTURADO: 12/06/2020 15/08/2020
FORMA DE PAGO: 30 DIAS
SLIGO In: SUBDM - 13411

FECHA ACTA DE INICIO: 12-jun-20
FECHA FIN CONTRATO: 12-oct-20
PLAZO CONTRACTUAL (meses): 4
FECHA FIRMA DEL CONTRATO: 11/06/2020
OBJETO DE CONTRATO: Arrendamiento de bombas de concreto estacionarias para el proyecto de infraestructura vial nacional "Rumichaca - Pasto"

Distribución de ICA

MUNICIPIO	BASE
IPIALES	
CONTADERO	
ILES	$ 34.683.870.97
IMUES	$ -
TAQUIANQUER	$ -
TANGUA	$ -
PASTO	$ -
TOTAL	$ 34.683.870.97

PROYECT PROYECTO DE INFRAESTRUCTURA VIAL NACIONAL PASTO-RUMICHACA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UG (Centro de costos)	CONDICIONES CONTRACTUALES Und	Cant	V/Unit	Valor/Total	OTROS Cantidad	V/Total	CONDICIONES ACTUALIZADAS Cantidad	V/Total	ACUMULADO ANTERIOR Cantidad	Valor	PRESENTE ACTA Cantidad	Valor	ACUMULADO Cantidad	Valor
1	ALQUILER DE BOMBA ESTACIÓNARIA DE CONCRETO MARCA SCHWING SP500		MES	4.00	$ 16.800.000.00	$ 67.200.000.00			4.00	$ 67.200.000.00		$ -	2.06	$ 34.683.870.97	2.06	$ 34.683.870.97
2									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
3									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
4									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
5														$ -	0.00	$ -
5												0.00		0.00	0	0.00
6												0.00		0.00	$ -	0.00
7												0.00		0.00	$ -	0.00
8												0.00		0.00	$ -	0.00
9												0.00		0.00	$ -	0.00
Valor Total Costo Directo						$ 67.200.000.00		$ -		$ 67.200.000.00		$ -		$ 34.683.870.97		$ 34.683.870.97
Administracion	0%					0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Imprevistos	0%					0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Utilidad	0%					0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Subtotal						$ 67.200.000.00		$ -		$ 67.200.000.00		$ -		$ 34.683.870.97		$ 34.683.870.97
% de IVA (Sobre la Utilidad o Pleno)	16%					$ 10.752.000.00		$ -		$ 10.752.000.00		$ -		$ 5.549.419.35		$ 5.549.419.35
Valor Total de Acta más IVA						$ 77.952.000.00		$ -		$ 77.952.000.00		$ -		$ 40.233.290.32		$ 40.233.290.32
Valor Anticipo/Amortización de Anticipo %								$ -		$ -		$ -				$ -
Retención de Garantía						$ -		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -
Otros Anticipos/descuentos						$ -		$ -		$ -				$ 539.529.99		$ 539.529.99
Valor Neto Acta de Obra						$ 77.952.000.00		$ -		$ 77.952.000.00		$ -		$ 39.693.760.33		$ 39.693.760.33

PÓLIZAS	PORCENTAJE	VALOR	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPAÑÍA ASEGURADORA	OTROS	OBSERVACIONES
Responsabilidad Civil	30%	$ 23.385.600				SE APLICA DESCUENTO No. 1403
Salarios y Prestaciones Sociales	10%	$ 7.795.200				
Calidad de Materiales / Calidad del Servicio		$ -				
Garantía de Cumplimiento	30%	$ 23.385.600				
Anticipo		$ -				
Estabilidad de la obra	0%					

IMPORTANTE: Para su revisión y aprobación la presente Acta debe distribuirse en el siguiente orden: 1.- Representante del servicio (Jefe de Área). 2.- Oferente o Subcontratista. 3.- Area Control de Gestión. 4.- Area Técnica. 5.- Area Recursos Humanos. 6.- Area SST. 7.- Area Ambiental. 8.- Area Calidad. 9.- Administración. 10.- Gerente del Contrato. La revisión y aprobación de la presente acta estará sujeta entre otros, a la validación del cumplimiento por parte del Oferente o Subcontratista de los requisitos legales y contractuales.

ELABORÓ	REVISÓ	VALIDADO			APROBÓ	OFERENTE O SUBCONTRATISTA
Diana Rodriguez	26/08/2020	Valo Técnica (4)	Valo Recursos Humanos (5)	Valo SST (6)		
Validado por: Jorge Pérez	26 AGO 2020					Patricia Zambrano O
RESPONSABLE DEL SERVICIO (1)	Valo Control de Gestión (3)	Valo Ambiental (7)	Valo Calidad (8)	Valo Administración (9)	Gerente del Contrato (10)	Validado por: Representante (2)

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: FEV-5	Código Único de Factura - CUFE: 9faf7c36c91d16059485c2d04fe9c055a4d2e4263e164af9c7191cdb636303fed2f1c880da0d83705612c6ce1000645a	
Fecha de Emisión	24/09/2020	Fecha de Vencimiento	24/10/2020
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	FEV
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Efectivo
Tipo de Entrega			

Datos del Emisor	Nit del Emisor: 41180411	Razón Social:	ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA
Nombre Comercial	ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA		
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Dirección	CR 42 18 A 94 CC VALLE DE ATRIZ OF 305
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Departamento	Nariño
Actividad Económica Principal	4111	Correo	empresapatriciazambrano@hotmail.com
Tipo Responsabilidad	O-14;O-49;O-52	Municipio	Pasto
		Teléfono	7310437

Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 900937662	Razón Social:	CONSORCIO SH
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CRA 22B 12 SUR 137 SAN MIGUEL DE UBONUCO
Número Documento	900937662	Departamento	Nariño
Nombre Comercial	CONSORCIO SH	Municipio	Pasto
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	facturacion@consorciosh.com
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Teléfono	3235757407
Tipo de Responsabilidad	O-09		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	Valor de Venta por Item
1	45500000-2	Alquiler de Bomba Estacionaria de Concreto	WM	1,00	$ 16.258.064,52			$ 2.601.290,32			$ 16.258.064,52

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	16.258.064,52
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	16.258.064,52
Total impuesto detalle (+)	$	2.601.290,32
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	18.859.354,84
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	18.859.354,84

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización:18764001447907 Rango Autorizado: Desde 1 Rango Autorizado: Hasta 1000 Vigencia: 2021-01-30

863/1341

CONSORCIO SH

ACTA SUBCONTRATISTAS

PT.01.02-CO-F.01 / Ed 1

OFERENTE O SUBCONTRATISTA: FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
NIT.: 411.804.114
SUBCONTRATO No.: 465
ACTA DE OBRA No. 2
FECHA DE CORTE: 15 DE SEPTIEMBRE DE 2020
PERIODO FACTURADO: DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2020
FORMA DE PAGO: 30 DIAS
SUGO In: SUBCM 1341.2 9u

FECHA ACTA DE INICIO: 12-jun-20
FECHA FIN CONTRATO: 12-oct-20
PLAZO CONTRACTUAL (meses): 4
FECHA FIRMA DEL CONTRATO: 11/06/2020
OBJETO DE CONTRATO: Arrendamiento de bombas de concreto estacionarias para el proyecto de infraestructura vial nacional "Rumichaca - Pasto"

Distribución de ICA

MUNICIPIO	BASE
IPIALES	
CONTADERO	
ILES	$ 16.258.064.52
IMUES	$ -
YACUANQUER	$ -
TANGUA	$ -
PASTO	$ -
TOTAL	$ 16.258.064.52

PROYECT PROYECTO DE INFRAESTRUCTURA VIAL NACIONAL PASTO-RUMICHACA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UG (Centro de costos)	CONDICIONES CONTRACTUALES				OTROS		CONDICIONES ACTUALIZADAS		ACUMULADO ANTERIOR		PRESENTE ACTA		ACUMULADO	
			Und	Cant	V/Unit	Valor/Total	Cantidad	V/Total	Cantidad	V/Total	Cantidad	Valor	Cantidad	Valor	Cantidad	Valor
1	ALQUILER DE BOMBA ESTACIONARIA DE CONCRETO MARCA SCHWING SP500		MES	4.00	$ 16.800.000.00	$ 67.200.000.00			4.00	$ 67.200.000.00	2.06	$ 34.683.870.97	0.97	$ 16.258.064.52	3.03	$ 50.941.935.48
2									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
3									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
4									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
Valor Total Costo Directo						$ 67.200.000.00		$ -		$ 67.200.000.00		$ 34.683.870.97		$ 16.258.064.52		$ 50.941.935.48
Administracion		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Imprevistos		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Utilidad		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Subtotal						$ 67.200.000.00		$ -		$ 67.200.000.00		$ 34.683.870.97		$ 16.258.064.52		$ 50.941.935.48
% de IVA (Sobre la Utilidad o Plena)		16%				$ 10.752.000.00		$ -		$ 10.752.000.00		$ 5.549.419.35		$ 2.601.290.32		$ 8.150.709.68
Valor Total de Acta más IVA						$ 77.952.000.00		$ -		$ 77.952.000.00		$ 40.233.290.32		$ 18.859.354.84		$ 59.092.645.16
Valor Anticipo/Amortización de Anticipo %								$ -		$ -		$ -				$ -
Retención de Garantía		5%				$ 3.360.000.00		$ -		$ 3.360.000.00		$ 1.734.193.55		$ 812.903.23		$ 2.547.096.77
Otros Anticipos/descuentos						$ -		$ -		$ -		$ 539.529.99		$ 2.023.551.13		$ 2.563.081.12
Valor Neto Acta de Obra						$ 74.592.000.00		$ -		$ 74.592.000.00		$ 37.959.566.78		$ 16.022.900.48		$ 53.982.467.27

PÓLIZAS	PORCENTAJE	VALOR	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPAÑÍA ASEGURADORA	OTROS	OBSERVACIONES
Responsabilidad Civil	30%	$ 23.385.600				SE APLICA DESCUENTO No. 1500 - 1544
Salarios y Prestaciones Sociales	10%	$ 7.795.200				
Calidad de Materiales / Calidad del Servicio		$ -				
Garantía de Cumplimiento	30%	$ 23.385.600				
Anticipo		$ -				
Estabilidad de la obra	0%					

IMPORTANTE: Para su revisión y aprobación la presente Acta debe distribuirse en el siguiente orden: 1.- Representante del servicio (Jefe de Área). 2.- Oferente o Subcontratista. 3.- Área Control de Gestión. 4.- Área Técnica. 5.- Área Recursos Humanos. 6.- Área SST. 7.- Área Ambiental. 8.- Área Calidad. 9.- Administración. 10.- Gerente del Contrato. La revisión y aprobación de la presente acta estará sujeta entre otros, a la validación del cumplimiento por parte del Oferente o Subcontratista de los requisitos legales y contractuales.

ELABORÓ	REVISÓ	VALIDADO			APROBÓ	OFERENTE O SUBCONTRATISTA
Elaboró: Diana Rodríguez	23-09-20	Valio Técnica (4)	Valio Recursos Humanos (5)	Valio SST (6)		Patricia Zambrano
	23 Sep 2020	Valio Ambiental (7)	Valio Calidad (8)	Valio Administración (9)	Gerente del Contrato (10)	Validado por: Representante (2)
	Valio Control de Gestión (3)					

Favor Firmar.

Pendiente Pólizas

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: FEV-6	Código Único de Factura - CUFE: c5e16214a08442e1368f9bf37b5d9e2d4dfcb773e7413329e2344a8b7846b462f796c4e3b36c2e06de1ba8fd8ff1acd6	
Fecha de Emisión	16/12/2020	Fecha de Vencimiento	15/01/2021
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	FEV
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Instrumento no definido
Tipo de Entrega			
Datos del Emisor	**Nit del Emisor: 41180411**	**Razón Social:**	**ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA**
Nombre Comercial	ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA		
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Dirección	CR 42 18 A 94 CC VALLE DE ATRIZ OF 305
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Departamento	Nariño
Actividad Económica Principal	4290	Correo	empresapatriciazambrano@hotmail.com
Tipo Responsabilidad	O-14;O-49;O-52	Municipio	Pasto
		Teléfono	7310437
Datos del Adquiriente	**Nit del Adquiriente: 900937662**	**Razón Social:**	**CONSORCIO SH**
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CRA 22B 12 SUR 137 SAN MIGUEL DE UBONUCO
Número Documento	900937662	Departamento	Nariño
Nombre Comercial	CONSORCIO SH	Municipio	Pasto
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	facturacion@consorciosh.com
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Teléfono	3235757407
Tipo de Responsabilidad	O-11		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			Valor de Venta por Item
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	
1	45500000-2	Alquiler de Bomba Estacionaria de Concreto	WM	0,27	$ 16.592.592,59			$ 716.800,00			$ 4.480.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

favor consignar a la cuenta corriente 050-83404-4 banco de occidente a nombre de Patricia Zambrano

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	4.480.000,00
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	4.480.000,00
Total impuesto detalle (+)	$	716.800,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	5.196.800,00
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	5.196.800,00

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización:18764001447907 Rango Autorizado: Desde 1 Rango Autorizado: Hasta 1000 Vigencia: 2021-01-30

863 / 1341

CONSORCIO SH

ACTA SUBCONTRATISTAS

PT.01.02-CO-F.01 / Ed 1

OPERENTE O SUBCONTRATISTA: FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
NIT.: 411.804.114
SUBCONTRATO No.: 465
ACTA DE OBRA No. 3
FECHA DE CORTE: 12 DE OCTUBRE DE 2020
PERIODO FACTURADO: DEL 16 DE SEPTIEMBRE AL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2020
FORMA DE PAGO: 30 DIAS
SLIGO In: SUBOM 13413 Ju

FECHA ACTA DE INICIO: 12-jun-20
FECHA FIN CONTRATO: 12-oct-20
PLAZO CONTRACTUAL (meses): 4
FECHA FIRMA DEL CONTRATO: 11/06/2020
OBJETO DE CONTRATO: Arrendamiento de bombas de concreto estacionarias para el proyecto de infraestructura vial nacional "Rumichaca - Pasto"

Distribución de ICA

MUNICIPIO	BASE
IPIALES	$ 560.000.00
CONTADERO	
ILES	$ 3.920.000.00
IMUES	$ -
YACUANQUER	$ -
TANGUA	$ -
PASTO	$ -
TOTAL	$ 4.480.000.00

PROYECT PROYECTO DE INFRAESTRUCTURA VIAL NACIONAL PASTO-RUMICHACA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UG (Costo de costos)	CONDICIONES CONTRACTUALES				OTROS!		CONDICIONES ACTUALIZADAS		ACUMULADO ANTERIOR		PRESENTE ACTA		ACUMULADO	
			Und	Cant	V/Unit	Valor/Total	Cantidad	V/Total	Cantidad	V/Total	Cantidad	Valor	Cantidad	Valor	Cantidad	Valor
1	ALQUILER DE BOMBA ESTACIONARIA DE CONCRETO MARCA SCHWING SP500		MES	4.00	$ 16.800.000.00	$ 67.200.000.00			4.00	$ 67.200.000.00	3.03	$ 50.941.935.48	0.27	$ 4.480.000.00	3.30	$ 55.421.935.48
2									0.00	$ -		-		$ -	0.00	$ -
3									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
4									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
Valor Total Costo Directo						$ 67.200.000.00		$ -		$ 67.200.000.00		$ 50.941.935.48		$ 4.480.000.00		$ 55.421.935.48
Administracion		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Imprevistos		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Utilidad		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Subtotal						$ 67.200.000.00		$ -		$ 67.200.000.00		$ 50.941.935.48		$ 4.480.000.00		$ 55.421.935.48
% de IVA (Sobre la Utilidad o Plena)		16%				$ 10.752.000.00		$ -		$ 10.752.000.00		$ 8.150.709.68		$ 716.800.00		$ 8.867.509.68
Valor Total de Acta más IVA						$ 77.952.000.00		$ -		$ 77.952.000.00		$ 59.092.645.16		$ 5.196.800.00		$ 64.289.445.16
Valor Anticipo/Amortización de Anticipo %								$ -		$ -		$ -				$ -
Retención de Garantía		5%				$ 3.360.000.00		$ -		$ 3.360.000.00		$ 2.347.096.77		$ 224.000.00		$ 2.771.096.77
Otros Anticipos/descuentos						$ -		$ -		$ -		$ 2.563.081.12		$ 1.051.893.69		$ 3.614.974.81
Valor Neto Acta de Obra						$ 74.592.000.00		$ -		$ 74.592.000.00		$ 53.982.467.27		$ 3.920.906.31		$ 57.903.373.58

PÓLIZAS	PORCENTAJE	VALOR	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPAÑIA ASEGURADORA	OTROS!
Responsabilidad Civil	30%	$ 23.385.600			
Salarios y Prestaciones Sociales	10%	$ 7.795.200			
Calidad de Materiales / Calidad del Servicio		$ -			
Garantía de Cumplimiento	30%	$ 23.385.600			
Anticipo		$ -			
Estabilidad de la obra	0%				

OBSERVACIONES

SE APLICA DESCUENTO No. 1660
- se paga los días trabajados.

IMPORTANTE: Para su revisión y aprobación la presente Acta debe distribuirse en el siguiente orden. 1.- Representante del servicio (Jefe de Área). 2.- Cliente o Subcontratista. 3.- Área Control de Gestión. 4.- Área Técnica. 5.- Área Recursos Humanos. 6.- Área SST. 7.- Área Ambiental. 8.- Área Calidad. 9.- Administración. 10.- Gerente del Contrato. La revisión y aprobación de la presente acta estará sujeta entre otros, a la validación del cumplimiento por parte del Cliente o Subcontratista de las requisitos legales y contractuales.

ELABORÓ	REVISÓ	VALIDADO			APROBÓ	OPERENTE O SUBCONTRATISTA
Diana Rodriguez	21-10-20 Patricia Zambrano					Patricia Zambrano O
Elabora: Diana Rodriguez		Valo Técnica (4)	Valo Recursos Humanos (5)	Valo SST (6)		
Validado por: Jaime Rosero						Validado por:
RESPONSABLE DEL SERVICIO (1)	Valo Control de Gestión (3)	Valo Ambiental (7)	Valo Calidad (8)	Valo Administración (9)	Gerente del Contrato (10)	Representante (2)

Pendiente Polizas

Representación Gráfica

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Datos del Documento	Número de Factura: FEV-7	Código Único de Factura - CUFE: f11dcc4de5d1291778fa70245205ccc19b4bdcb00616eed5f10fbf9523b436d1c5f8c56977ebd1e199d3e206ba972a11	
Fecha de Emisión	16/12/2020	Fecha de Vencimiento	15/01/2021
Tipo de Operación	Generica	Prefijo	FEV
Tipo de Negociación	Crédito	Medio de Pago	Instrumento no definido
Tipo de Entrega			

Datos del Emisor	Nit del Emisor: 41180411	Razón Social:	ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA
Nombre Comercial	ZAMBRANO ORTEGA FANNY PATRICIA		
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Dirección	CR 42 18 A 94 CC VALLE DE ATRIZ OF 305
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Departamento	Nariño
Actividad Económica Principal	4290	Correo	empresapatriciazambrano@hotmail.com
Tipo Responsabilidad	O-14;O-49;O-52	Municipio	Pasto
		Teléfono	7310437

Datos del Adquiriente	Nit del Adquiriente: 900937662	Razón Social:	CONSORCIO SH
Tipo de Documento	NIT	Dirección	CRA 22B 12 SUR 137 SAN MIGUEL DE UBONUCO
Número Documento	900937662	Departamento	Nariño
Nombre Comercial	CONSORCIO SH	Municipio	Pasto
Tipo de Contribuyente	Persona Jurídica	Correo	facturacion@consorciosh.com
Régimen Contable	Impuesto sobre las ventas – IVA	Teléfono	3235757407
Tipo de Responsabilidad	O-11		

Detalles de Productos

								IMPUESTOS			
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio Unitario	Descuento	Recargo	IVA	ICA	INC	Valor de Venta por Item
1	45500000-2	Alquiler de Bomba Estacionaria de Concreto	WM	0,90	$ 16.800.000,00			$ 2.419.200,00			$ 15.120.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Monto

Datos de Referencia

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

favor consignar a la cuenta corriente 050-83404-4 banco de occidente a nombre de Patricia Zambrano

Datos Totales

MONEDA		COP
TASA DE CAMBIO		
Subtotal Precio Unitario (=)	$	15.120.000,00
Descuentos detalle (-)	$	0,00
Recargos detalle (+)	$	0,00
Subtotal Base gravable (=)	$	15.120.000,00
Total impuesto detalle (+)	$	2.419.200,00
Total otros impuestos (+)	$	0,00
Total mas impuesto (=)	$	17.539.200,00
Descuento Global (-)		
Recargo Global (+)		
Valor total de la operación (=)	$	17.539.200,00

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

Numero de Autorización:18764001447907 Rango Autorizado: Desde 1 Rango Autorizado: Hasta 1000 Vigencia: 2021-01-30

863/1537

CONSORCIO

ACTA SUBCONTRATISTAS

PT.01.02-CO-F.01 / Ed I

OFERENTE O SUBCONTRATISTA: FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA
NIT.: 411.804.114
SUBCONTRATO No.: 3050
ACTA DE OBRA No.: UNICA
FECHA DE CORTE: 19 DE OCTUBRE DE 2020
PERIODO FACTURADO: DEL 15 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE OCTUBRE DE 2020
FORMA DE PAGO: 30 DIAS
SUGO In: SU30M 1537.19

FECHA ACTA DE INICIO: 15-sep-20
FECHA FIN CONTRATO: 15-nov-20
PLAZO CONTRACTUAL (meses): 2
FECHA FIRMA DEL CONTRATO: 10/12/2020
OBJETO DE CONTRATO: ALQUILER BOMBA ESTACIONARIA

Distribución de ICA

MUNICIPIO	BASE
IPIALES	$ 1.120.000.00
CONTADERO	$ -
ILES	$ 14.000.000.00
IMUES	$ -
YACUANQUER	$ -
TANGUA	$ -
PASTO	$ -
TOTAL	$ 15.120.000.00

PROYECT PROYECTO DE INFRAESTRUCTURA VIAL NACIONAL PASTO-RUMICHACA

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UG (Unidad de medida)	CONDICIONES CONTRACTUALES				OTROS		CONDICIONES ACTUALIZADAS		ACUMULADO ANTERIOR		PRESENTE ACTA		ACUMULADO	
			Und	Cant	V/Unit	Valor/Total	Cantidad	V/Total	Cantidad	V/Total	Cantidad	Valor	Cantidad	Valor	Cantidad	Valor
1	ALQUILER DE BOMBA ESTACIONARIA DE CONCRETO MARCA SCHWING SP500		UND	1.00	$ 16.800.000.00	$ 16.800.000.00			1.00	$ 16.800.000.00		$ -	0.90	$ 15.120.000.00	0.90	$ 15.120.000.00
2									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
3									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
4									0.00	$ -				$ -	0.00	$ -
Valor Total Costo Directo						$ 16.800.000.00		$ -		$ 16.800.000.00		$ -		$ 15.120.000.00		$ 15.120.000.00
Administración		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Imprevistos		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Utilidad		0%				0.00		$ -		0.00		0.00		0.00		0.00
Subtotal						$ 16.800.000.00		$ -		$ 16.800.000.00		$ -		$ 15.120.000.00		$ 15.120.000.00
% de IVA (Sobre la Utilidad o Plena)		16%				$ 2.688.000.00		$ -		$ 2.688.000.00		$ -		$ 2.419.200.00		$ 2.419.200.00
Valor Total de Acta más IVA						$ 19.488.000.00		$ -		$ 19.488.000.00		$ -		$ 17.539.200.00		$ 17.539.200.00
Valor Anticipo/Amortización de Anticipo %								$ -		$ -		$ -				$ -
Retención de Garantía						$ -		$ -		$ -		$ -		$ -		$ -
Otros Anticipos/descuentos						$ -		$ -		$ -						$ -
Valor Neto Acta de Obra						$ 19.488.000.00		$ -		$ 19.488.000.00		$ -		$ 17.539.200.00		$ 17.539.200.00

PÓLIZAS	PORCENTAJE	VALOR	FECHA DE VENCIMIENTO	COMPAÑÍA ASEGURADORA	OTROS
Responsabilidad Civil					
Salarios y Prestaciones Sociales					
Calidad de Materiales / Calidad del Servicio					
Garantía de Cumplimiento					
Anticipo					
Estabilidad de la obra	0%				

OBSERVACIONES

100%

CANTIDADES PROVISIONADAS -

NOTA: LA ORDEN DE SERVICIO PAGA LO PENDIENTE DEL CONTRATO 465

1er pago 24 días Stand by en un período de 34 días pty.

IMPORTANTE: Para su revisión y aprobación la presente Acta debe distribuirse en el siguiente orden: 1.- Representante del servicio (Jefe de Área). 2.- Oferente o Subcontratista. 3.- Área Control de Gestión. 4.- Área Técnica. 5.- Área Recursos Humanos. 6.- Área SST. 7.- Área Ambiental. 8.- Área Calidad. 9.- Administración. 10.- Gerente del Contrato. La revisión y aprobación de la presente acta estará sujeta entre otros, a la validación del cumplimiento por parte del Oferente o Subcontratista de los requisitos legales y contractuales.

ELABORÓ	REVISÓ	VALIDADO			APROBÓ	OFERENTE O SUBCONTRATISTA
Elaboró: Diana Rodríguez	15-12-20 Patricia Zambrano	Valo Técnica (4)	Valo Recursos Humanos (5)	Valo SST (6)		Patricia Zambrano O
Validado por: Jorge Pérez RESPONSABLE DEL SERVICIO (1)	Valo Control de Gestión (3)	Valo Ambiental (7)	Valo Calidad (8)	Valo Administración (9)	Gerente del Contrato (10)	Validado por: Representante (2)

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 18341504
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2020-07-08

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	D.V.	4	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	Cra 42 18A 94 Valle de Atriz ofi 305	DEPARTAMENTO	NARINO	MUNICIPIO	PASTO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4112	CORREO ELECTRÓNICO	empresapatriciazambrano@hotmail.com	TELÉFONO	7310437
FAX	7310437	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	SEGUROS COLPATRIA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	PRIMER APELLIDO	ZAMBRANO	SEGUNDO APELLIDO	ORTEGA
PRIMER NOMBRE	FANNY	SEGUNDO NOMBRE	PATRICIA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 06	Año: 2020	Mes: 07	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
4		$4.119.375		18341504

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-98397515	01	No	No	No	52	1	Fijo	CAICEDO URBANO FAVIO RONEY	$1.630.435
CC-87531995	01	No	No	No	52	1	Fijo	GUERRERO LEGARDA RAUL HERNANDO	$877.803
CC-12980399	01	No	No	No	52	1	Fijo	JURADO PUERRES LUIS ANTONIO	$877.803
CC-98400036	01	No	No	No	52	1	Variable	MIRAMAG MAIGUAL FABIO OSWALDO	$1.100.000

NOVEDADES																															
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 98397515																													0		
CC - 87531995																													0		
CC - 12980399																													0		
CC - 98400036	X	2020-06-11																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 98397515	PROTECCION	30	$1.630.435	0.1600000	$260.900	$0	$0	$260.900	$0	$0	$0
CC - 87531995	COLPENSIONES	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 12980399	PROTECCION	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 98400036	PORVENIR	20	$733.334	0.1600000	$117.400	$0	$0	$117.400	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 98397515	SANITAS	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	$0	0	$0	0	$0	30	$1.630.435	1	0.0052200	$8.600
CC - 87531995	MEDIMAS EPS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	2	0.0696000	$61.100
CC - 12980399	SANITAS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	2	0.0696000	$61.100
CC - 98400036	EPS-S EMSSANAR	20	$733.334	0.0400000	$29.400	$0	0	$0	0	$0	20	$733.334	2	0.0696000	$51.100

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-98397515	CCF DE NARINO	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-87531995	CCF DE NARINO	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-12980399	CCF DE NARINO	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-98400036	CCF DE NARINO	20	$733.334	0.0400000	$29.400	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 06											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$117.400	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$117.400
PROTECCION	2	$401.400	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$401.400
COLPENSIONES	1	$140.500	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$140.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
EPS-S EMSSANAR	1	$29.400	$0	0	$0	0	$0	$29.400	0	$0	$0	$29.400	$0	0	$0	$0	$29.400	$0	$0	$29.400
MEDIMAS EPS	1	$35.200	$0	0	$0	0	$0	$35.200	0	$0	$0	$35.200	$0	0	$0	$0	$35.200	$0	$0	$35.200
SANITAS	2	$100.500	$0	0	$0	0	$0	$100.500	0	$0	$0	$100.500	$0	0	$0	$0	$100.500	$0	$0	$100.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
SEGUROS COLPATRIA	4	$181.900	0	$0	$0	$181.900	0	$0	$181.900	0	$0	$0	$181.900

TOTAL APORTES PARAFISCALES						
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
CCF DE NARINO	4	N/A	$165.100	0	$0	$165.100
SENA	0	01	$0	0	$0	$0
ICBF	0	01	$0	0	$0	$0
ESAP	0	N/A	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	N/A	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	3	$165.100
PENSIONES	3	$659.300
RIESGOS PROFESIONALES	1	$181.900
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$165.100
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$1.171.400

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 18618353
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2020-08-28

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	D.V.	4	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	Cra 42 18A 94 Valle de Atriz ofi 305	DEPARTAMENTO	NARINO	MUNICIPIO	PASTO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4112	CORREO ELECTRÓNICO	empresapatriciazambrano@hotmail.com	TELÉFONO	7310437
FAX	7310437	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	SEGUROS COLPATRIA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	PRIMER APELLIDO	ZAMBRANO	SEGUNDO APELLIDO	ORTEGA
PRIMER NOMBRE	FANNY	SEGUNDO NOMBRE	PATRICIA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 07	Año: 2020	Mes: 08	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
4		$4.486.041		18618353

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-98397515	01	No	No	No	52	1	Fijo	CAICEDO URBANO FAVIO RONEY	$1.630.435
CC-87531995	01	No	No	No	52	1	Fijo	GUERRERO LEGARDA RAUL HERNANDO	$877.803
CC-12980399	01	No	No	No	52	1	Fijo	JURADO PUERRES LUIS ANTONIO	$877.803
CC-98400036	01	No	No	No	52	1	Variable	MIRAMAG MAIGUAL FABIO OSWALDO	$1.100.000

NOVEDADES																															
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 98397515																													0		
CC - 87531995																													0		
CC - 12980399																													0		
CC - 98400036																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 98397515	PROTECCION	30	$1.630.435	0.1600000	$260.900	$0	$0	$260.900	$0	$0	$0
CC - 87531995	COLPENSIONES	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 12980399	PROTECCION	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 98400036	PORVENIR	30	$1.100.000	0.1600000	$176.000	$0	$0	$176.000	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 98397515	SANITAS	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	$0	0	$0	0	$0	30	$1.630.435	1	0.0052200	$8.600
CC - 87531995	MEDIMAS EPS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	2	0.0696000	$61.100
CC - 12980399	SANITAS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	2	0.0696000	$61.100
CC - 98400036	EPS-S EMSSANAR	30	$1.100.000	0.0400000	$44.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.100.000	2	0.0696000	$76.600

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-98397515	CCF DE NARINO	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-87531995	CCF DE NARINO	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-12980399	CCF DE NARINO	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-98400036	CCF DE NARINO	30	$1.100.000	0.0400000	$44.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 07											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	$140.500	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$140.500
PORVENIR	1	$176.000	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$176.000
PROTECCION	2	$401.400	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$401.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	2	$100.500	$0	0	$0	0	$0	$100.500	0	$0	$0	$100.500	$0	0	$0	$0	$100.500	$0	$0	$100.500
MEDIMAS EPS	1	$35.200	$0	0	$0	0	$0	$35.200	0	$0	$0	$35.200	$0	0	$0	$0	$35.200	$0	$0	$35.200
EPS-S EMSSANAR	1	$44.000	$0	0	$0	0	$0	$44.000	0	$0	$0	$44.000	$0	0	$0	$0	$44.000	$0	$0	$44.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
SEGUROS COLPATRIA	4	$207.400	0	$0	$0	$207.400	0	$0	$207.400	0	$0	$2.074	$207.400

TOTAL APORTES PARAFISCALES						
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
CCF DE NARINO	4	N/A	$179.700	0	$0	$179.700
SENA	0	01	$0	0	$0	$0
ICBF	0	01	$0	0	$0	$0
ESAP	0	N/A	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	N/A	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	3	$179.700
PENSIONES	3	$717.900
RIESGOS PROFESIONALES	1	$207.400
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$179.700
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$1.284.700

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 18794361
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2020-09-15

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	D.V.	4	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	Cra 42 18A 94 Valle de Atriz ofi 305	DEPARTAMENTO	NARINO	MUNICIPIO	PASTO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4112	CORREO ELECTRÓNICO	empresapatriciazambrano@hotmail.com	TELÉFONO	7310437
FAX	7310437	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	SEGUROS COLPATRIA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	PRIMER APELLIDO	ZAMBRANO	SEGUNDO APELLIDO	ORTEGA
PRIMER NOMBRE	FANNY	SEGUNDO NOMBRE	PATRICIA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 08	Año: 2020	Mes: 09	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
5		$4.776.041		18794361

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-98397515	01	No	No	No	52	1	Fijo	CAICEDO URBANO FAVIO RONEY	$1.630.435
CC-1085290365	01	No	No	No	52	1	Fijo	GENOY VILLOTA LUIS FELIPE	$1.500.000
CC-87531995	01	No	No	No	52	1	Fijo	GUERRERO LEGARDA RAUL HERNANDO	$877.803
CC-12980399	01	No	No	No	52	1	Fijo	JURADO PUERRES LUIS ANTONIO	$877.803
CC-98400036	01	No	No	No	52	1	Variable	MIRAMAG MAIGUAL FABIO OSWALDO	$1.100.000

NOVEDADES																															
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 98397515																													0		
CC - 1085290365	X	2020-08-12																											0		
CC - 87531995																													0		
CC - 12980399																													0		
CC - 98400036			X	2020-08-12																									0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 98397515	PROTECCION	30	$1.630.435	0.1600000	$260.900	$0	$0	$260.900	$0	$0	$0
CC - 1085290365	PORVENIR	19	$950.000	0.1600000	$152.000	$0	$0	$152.000	$0	$0	$0
CC - 87531995	COLPENSIONES	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 12980399	PROTECCION	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0
CC - 98400036	PORVENIR	12	$440.000	0.1600000	$70.400	$0	$0	$70.400	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 98397515	SANITAS	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	$0	0	$0	0	$0	30	$1.630.435	1	0.0052200	$8.600
CC - 1085290365	MEDIMAS EPS	19	$950.000	0.0400000	$38.000	$0	0	$0	0	$0	19	$950.000	2	0.0696000	$66.200
CC - 87531995	MEDIMAS EPS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	2	0.0696000	$61.100

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 12980399	SANITAS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	2	0.0696000	$61.100
CC - 98400036	EPS-S EMSSANAR	12	$440.000	0.0400000	$17.600	$0	0	$0	0	$0	12	$440.000	2	0.0696000	$30.700

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-98397515	CCF DE NARINO	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1085290365	CCF DE NARINO	19	$950.000	0.0400000	$38.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-87531995	CCF DE NARINO	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-12980399	CCF DE NARINO	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-98400036	CCF DE NARINO	12	$440.000	0.0400000	$17.600	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 08											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	2	$222.400	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$222.400
COLPENSIONES	1	$140.500	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$140.500
PROTECCION	2	$401.400	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$401.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	2	$100.500	$0	0	$0	0	$0	$100.500	0	$0	$0	$100.500	$0	0	$0	$0	$100.500	$0	$0	$100.500
MEDIMAS EPS	2	$73.200	$0	0	$0	0	$0	$73.200	0	$0	$0	$73.200	$0	0	$0	$0	$73.200	$0	$0	$73.200

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
EPS-S EMSSANAR	1	$17.600	$0	0	$0	0	$0	$17.600	0	$0	$0	$17.600	$0	0	$0	$0	$17.600	$0	$0	$17.600

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
SEGUROS COLPATRIA	5	$227.700	0	$0	$0	$227.700	0	$0	$227.700	0	$0	$2.277	$227.700

TOTAL APORTES PARAFISCALES						
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
CCF DE NARINO	5	N/A	$191.300	0	$0	$191.300
SENA	0	01	$0	0	$0	$0
ICBF	0	01	$0	0	$0	$0
ESAP	0	N/A	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	N/A	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	3	$191.300
PENSIONES	3	$764.300
RIESGOS PROFESIONALES	1	$227.700
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$191.300
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$1.374.600

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 18871736
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2020-10-01

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	D.V.	4	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	Cra 42 18A 94 Valle de Atriz ofi 305	DEPARTAMENTO	NARINO	MUNICIPIO	PASTO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4112	CORREO ELECTRÓNICO	empresapatriciazambrano@hotmail.com	TELÉFONO	7310437
FAX	7310437	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	SEGUROS COLPATRIA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	PRIMER APELLIDO	ZAMBRANO	SEGUNDO APELLIDO	ORTEGA
PRIMER NOMBRE	FANNY	SEGUNDO NOMBRE	PATRICIA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 09	Año: 2020	Mes: 10	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
4		$4.037.499		18871736

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-98397515	01	No	No	No	52	1	Fijo	CAICEDO URBANO FAVIO RONEY	$1.630.435
CC-1085290365	01	No	No	No	52	1	Fijo	GENOY VILLOTA LUIS FELIPE	$1.500.000
CC-87531995	01	No	No	No	52	1	Fijo	GUERRERO LEGARDA RAUL HERNANDO	$877.803
CC-12980399	01	No	No	No	52	1	Fijo	JURADO PUERRES LUIS ANTONIO	$877.803

NOVEDADES																															
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 98397515																													0		
CC - 1085290365																													0		
CC - 87531995			X	2020-09-01																									0		
CC - 12980399																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 98397515	PROTECCION	30	$1.630.435	0.1600000	$260.900	$0	$0	$260.900	$0	$0	$0
CC - 1085290365	PORVENIR	30	$1.500.000	0.1600000	$240.000	$0	$0	$240.000	$0	$0	$0
CC - 87531995	COLPENSIONES	1	$29.261	0.1600000	$4.700	$0	$0	$4.700	$0	$0	$0
CC - 12980399	PROTECCION	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 98397515	SANITAS	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	$0	0	$0	0	$0	30	$1.630.435	1	0.0052200	$8.600
CC - 1085290365	MEDIMAS EPS	30	$1.500.000	0.0400000	$60.000	$0	0	$0	0	$0	30	$1.500.000	2	0.0696000	$104.400
CC - 87531995	MEDIMAS EPS	1	$29.261	0.0400000	$1.200	$0	0	$0	0	$0	1	$29.261	2	0.0696000	$2.100
CC - 12980399	SANITAS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	2	0.0696000	$61.100

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-98397515	CCF DE NARINO	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1085290365	CCF DE NARINO	30	$1.500.000	0.0400000	$60.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-87531995	CCF DE NARINO	1	$29.261	0.0400000	$1.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-12980399	CCF DE NARINO	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 09											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	$4.700	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$4.700
PORVENIR	1	$240.000	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$240.000
PROTECCION	2	$401.400	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$401.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
MEDIMAS EPS	2	$61.200	$0	0	$0	0	$0	$61.200	0	$0	$0	$61.200	$0	0	$0	$0	$61.200	$0	$0	$61.200
SANITAS	2	$100.500	$0	0	$0	0	$0	$100.500	0	$0	$0	$100.500	$0	0	$0	$0	$100.500	$0	$0	$100.500

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
SEGUROS COLPATRIA	4	$176.200	0	$0	$0	$176.200	0	$0	$176.200	0	$0	$0	$176.200

TOTAL APORTES PARAFISCALES						
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
CCF DE NARINO	4	N/A	$161.700	0	$0	$161.700
SENA	0	01	$0	0	$0	$0
ICBF	0	01	$0	0	$0	$0
ESAP	0	N/A	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	N/A	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	2	$161.700
PENSIONES	3	$646.100
RIESGOS PROFESIONALES	1	$176.200
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$161.700
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$1.145.700

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 19175584
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2020-11-12

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	FANNY PATRICIA ZAMBRANO ORTEGA	TIPO DE PERSONA	Jurídica	TIPO DE DOCUMENTO	NIT
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	D.V.	4	TIPO DE APORTANTE	B menor a 200 empleados
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	Cra 42 18A 94 Valle de Atriz ofi 305	DEPARTAMENTO	NARINO	MUNICIPIO	PASTO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4112	CORREO ELECTRÓNICO	empresapatriciazambrano@hotmail.com	TELÉFONO	7310437
FAX	7310437	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	SEGUROS COLPATRIA	Tipo de aportante	Empleador

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41180411	PRIMER APELLIDO	ZAMBRANO	SEGUNDO APELLIDO	ORTEGA
PRIMER NOMBRE	FANNY	SEGUNDO NOMBRE	PATRICIA		

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 10	Año: 2020	Mes: 11	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
4		$3.458.238		19175584

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-98397515	01	No	No	No	52	1	Fijo	CAICEDO URBANO FAVIO RONEY	$1.630.435
CC-1085343929	01	No	No	No	52	1	Fijo	GENOY VILLOTA DIEGO ARMANDO	$1.500.000
CC-1085290365	01	No	No	No	52	1	Fijo	GENOY VILLOTA LUIS FELIPE	$1.500.000
CC-12980399	01	No	No	No	52	1	Fijo	JURADO PUERRES LUIS ANTONIO	$877.803

NOVEDADES																															
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 98397515																													0		
CC - 1085343929	X	2020-10-06	X	2020-10-19																									0		
CC - 1085290365			X	2020-10-05																									0		
CC - 12980399																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 98397515	PROTECCION	30	$1.630.435	0.1600000	$260.900	$0	$0	$260.900	$0	$0	$0
CC - 1085343929	PORVENIR	14	$700.000	0.1600000	$112.000	$0	$0	$112.000	$0	$0	$0
CC - 1085290365	PORVENIR	5	$250.000	0.1600000	$40.000	$0	$0	$40.000	$0	$0	$0
CC - 12980399	PROTECCION	30	$877.803	0.1600000	$140.500	$0	$0	$140.500	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 98397515	SANITAS	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	$0	0	$0	0	$0	30	$1.630.435	1	0.0052200	$8.600
CC - 1085343929	SANITAS	14	$700.000	0.0400000	$28.000	$0	0	$0	0	$0	14	$700.000	1	0.0052200	$3.700
CC - 1085290365	MEDIMAS EPS	5	$250.000	0.0400000	$10.000	$0	0	$0	0	$0	5	$250.000	2	0.0696000	$17.400
CC - 12980399	SANITAS	30	$877.803	0.0400000	$35.200	$0	0	$0	0	$0	30	$877.803	2	0.0696000	$61.100

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-98397515	CCF DE NARINO	30	$1.630.435	0.0400000	$65.300	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1085343929	CCF DE NARINO	14	$700.000	0.0400000	$28.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-1085290365	CCF DE NARINO	5	$250.000	0.0400000	$10.000	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0
CC-12980399	CCF DE NARINO	30	$877.803	0.0400000	$35.200	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 10											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	2	$152.000	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$152.000
PROTECCION	2	$401.400	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$401.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	3	$128.500	$0	0	$0	0	$0	$128.500	0	$0	$0	$128.500	$0	0	$0	$0	$128.500	$0	$0	$128.500
MEDIMAS EPS	1	$10.000	$0	0	$0	0	$0	$10.000	0	$0	$0	$10.000	$0	0	$0	$0	$10.000	$0	$0	$10.000

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
SEGUROS COLPATRIA	4	$90.800	0	$0	$0	$90.800	0	$0	$90.800	0	$0	$908	$90.800

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
CCF DE NARINO	4	$138.500	0	$0	$138.500
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	2	$138.500
PENSIONES	2	$553.400
RIESGOS PROFESIONALES	1	$90.800
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	$138.500
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$921.200