

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143961441	FELIPE PEÑA BURGOS	calle 12n 4n03	3113101682	papelaria2020@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
					NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				EMPLEADOS	UPC
2025-08	2025-08	I	25/08/2025	89073780	\$233.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS018	Serv. Occ. Salud - EPS	805001157-2	89.000	0	0	0	0	0	0	0	0	89.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	113.900	0	0	0	0	0	0	0	113.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.000				31.000	0	0	31.000			310	31.000	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	89.000	89.000
Pensión	1	113.900	113.900
Riesgos Laborales	1	31.000	31.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	233.900	233.900

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE								
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
CC	1143961441	FELIPE PEÑA BURGOS		calle 12n 403	3113101682	papelaria2020@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI			
					NO			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
EMPLEADOS	UPC				1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-08	I	25/08/2025	89073780	\$233.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extrabajero	Colaborador exterior	Exonerado	ING	RIT	TNE	AE	TOP	VSP	VST	SLN	IDE	MA	VAC	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBP	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1143961441	PEÑA BURGOS FELIPE	57	0	N	X																230301	711.750	113.900	0	0	0	0	EPS018	711.750	89.000	14-11	711.750	4	31.000		0	0	0	0	0	0	0	

PAGADA

Medellín, 18 de septiembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANDRES FELIPE ANGULO TRUJILLO identificado(a) con C1112481306 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11124813062526129766

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Radicado: 0012344923

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S.Sanitas

Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005. República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Página 1 de 2

Fecha de Radicación
16 09 2025

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)											
1. Tipo de trámite		A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación		A. Individual		3. Régimen			
B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		D. De Oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>			
		- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>				B. Subsidiado <input type="checkbox"/>			
4. Tipo de afiliado		A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante		A. Dependiente <input type="checkbox"/>		B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>	
B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)											
6. Apellidos y nombres		ANGULO		TRUJILLO		ANDRES		FELIPE			
Primer apellido				Segundo apellido				Segundo nombre			
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		1112481306		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento			
CEDULA						Femenino <input type="checkbox"/>		Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		06041994	

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial			
		Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Condición <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA		16. Administradora de Pensiones PROTECCIÓN		17. Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.423.500					
18. Residencia Dirección KRA 51A SUR EDIFICIO 07 BLOQUE 20 APTO 201		Teléfono Fijo NO TIENE FIJO		Teléfono Celular 301 632 30 43		Correo Electrónico 01ANGULO02@GMAIL.COM			
Municipio / Distrito JAMUNDI		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / Comuna CIUDADELA TERRANOVA		Departamento VALLE			

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		23. Fecha de nacimiento			
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		DD/MM/AAAA			

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		28. Fecha de nacimiento			
				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		DD/MM/AAAA			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

Municipio / Distrito		Zona		Departamento		Teléfono fijo y/o Celular		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)	
		Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>							
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		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)	
ANDRES FELIPE ANGULO TRUJILLO		C C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1.112.481.306			
39. Ubicación Dirección		Teléfono Fijo		Correo Electrónico		Municipio / Distrito	
KRA 51A SUR EDIFICIO 07 BLOQUE 20 APTO 201		3016323043		01ANGULO02@GMAIL.COM		JAMUNDI	
						Departamento	
						VALLE	

B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Fecha de Radicación
<input type="checkbox"/>			42. Fecha 1 6 0 9 2 0 2 5
43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado	Código <input type="text"/>	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 le 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**

Andrés Angulo Trujillo

55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio**IX. ANEXOS**

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad	CN <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC	Total <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente			
<input type="checkbox"/> 58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital			
<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor			
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia			
<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud			
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas			
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Código del Departamento <input type="checkbox"/>	67. Datos del SISBÉN Número de Ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de Radicación <input type="text"/> DD MM AA AA AA	69. Fecha de Validación <input type="text"/> DD MM AA AA AA
--	--	------------------------------	----------------------------	---	---

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>
Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>	71. Firma del funcionario <input type="text"/>	

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial <input type="text"/>	Sello de radicación <input type="text"/>	Sticker procesamiento <input type="text"/>
--	--	--

C.C. No.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ANGULO TRUJILLO ANDRES FELIPE** identificado(a) con **CC** número **1.112.481.306** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de diciembre de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enumera a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 17 de septiembre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>