

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	98531024
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		WILFREDY VILLA HERRERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SABANETA DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 47 #52 SUR 100 TELÉFONO:	5795995
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>7937221988</b>	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	MES: agosto
DÍAS DE MORA:	SALUD: 0	AÑO: 2024
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 895350097

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL										TOTAL				
										COTIZANTES	TOTAL			
<b>PENSIÓN</b>														
ADMINISTRADORA														
NIT	CÓDIGO													
900336004	25-14													
NOMBRE														
25-14 COLPENSIONES										1		\$ 208.000		
SUBTOTAL:										1		\$ 208.000		
<b>SALUD</b>														
ADMINISTRADORA														
NIT	CÓDIGO													
800088702	EPS010													
NOMBRE														
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD										1		\$ 162.500		
SUBTOTAL:										1		\$ 162.500		
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>														
ADMINISTRADORA														
NIT	CÓDIGO													
890900841	CCF04													
NOMBRE														
CCF04-CCF DE ANTIOQUIA										1		\$ 7.800		
SUBTOTAL:										1		\$ 7.800		

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 378.300</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 378.300</b>



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **WILFREDY VILLA HERRERA** identificado con **CC No. 98531024**, registra la siguiente información.

#### Datos de la Relación Laboral

**Fecha de inicio de cobertura:** 20/09/2024

**Estado Afiliación:** ACTIVO

**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO

**Clase de Riesgo:** 4

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401019588667.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**