ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
UAECD Catastro Bogotá

FORMATO REPORTE CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

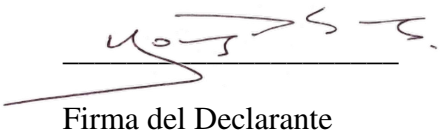
Bogotá,03 de enero de 2022

Yo HARVEY ALBERTO SAENZ ROJAS, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro que me encuentro en alguna de las siguientes condiciones de discapacidad:

(Marque con una "X" la(s) condición(es) en la que se encuentre).

Visual	
Auditiva	
Física	
Cognitiva	
Múltiple	
Mental	
Sordo-ciego	
Otra - Cuál	
Ninguna	**X**

La anterior información, es con el fin de dar cumplimiento a la Directiva 010 de 2015 del Alcalde Mayor y la Circular 003 de 2016 de la Secretaría Distrital de Planeación, en lo relacionado con el envío de los reportes de las personas contratadas que se encuentren en alguna condición de discapacidad.



Firma del Declarante
C.C. 7.173.608 de Bogotá.

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HARVEY ALBERTO SAENZ ROJAS identificado(a) con cedula ciudadania 7.173.608, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20211229	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Enero de 2.022

Observaciones:

Con destino a:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE CATASTRO DISTRITAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
17762121

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) HARVEY ALBERTO SAENZ ROJAS identificado(a) con C.C No. 7.173.608, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de enero del 2022.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Bogotá,03 de enero del 2022

Señores
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE CATASTRO DISTRITAL
Carrera 30 No. 25-90
L.C.

Asunto: Afiliación Administradora de Riesgos Laborales

Cordial saludo,

Yo HARVEY ALBERTO SAENZ ROJAS identificado como aparece al pie de mi firma, informo a la UAECD que NO me encuentro afiliado a Administradora de Riesgos Laborales –ARL.

De acuerdo con lo anterior autorizo a la Unidad para que gestione mi afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales –**ARL- POSITIVA** a la cual la se encuentra adscrita, de conformidad con lo establecido en el literal, numeral 5, del Artículo 2 de la Ley 1562 de 2012, por el cual se modificó el artículo 13 del Decreto – Ley 1295 de 1994.

Agradezco su atención y colaboración.

Cordialmente,

HARVEY ALBERTO SAENZ ROJAS

C.C 7.173.608 de Bogotá