CONSORCIO REDES IM

NIT: 901.192.033-4

GRUPO 1: PUERTO BERRIO - ANTIOQUIA

Bogotá D. C., 5 de Octubre de 2018

Señores
FONDO FINANCIERO DE PROYECTOS DE DESARROLLO –FONADE
Ciudad

El suscrito **JUAN CAMILO GUEVARA MARTINEZ,** identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.012.365.841 de Bogotá, en representación del **CONSORCIO REDES IM,** certifico que el consorcio se encuentra al día con las obligaciones del periodo comprendido entre el 6 de Septiembre al 5 de Octubre del 2018, provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Y actualmente se encuentra al día con el pago de seguridad social y aportes parafiscales.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente:

JUAN CAMILO GUEVARA MARTINEZ.
C.C. 1.012.365.841 DE BOGOTA D.C.
REPRESENTANTE LEGAL.
CONSORCIO REDES IM

FONADE	ACTA DE APROBACION DE PERSONAL PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	CÓDIGO:	FMI029
		VERSIÓN:	03B
	GERENCIA DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2017-01-31

ACTA No. 1

CONTRATO No.	2181252
OBJETO	DIAGNOSTICO, CONCERTACION, PLAN DE INVERSION Y EJECUCION DE LA CONSTRUCCION DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS EN EL SIGUIENTE GRUPO: GRUPO 1 – MUNICIPIO DE PUERTO BERRIO – ANTIOQUIA
CONTRATISTA	CONSORCIO REDES IM
FECHA DE APROBACIÓN	Septiembre 7 de 2018
INTERVENTOR	CONSORCIO CORDOBA MV
SUPERVISOR	MIGUEL ALFREDO CERMEÑO

Se deja constancia que la Interventoría (o Supervisión) revisó y aprobó la(s) hoja(s) de vida con sus respectivos soportes, de acuerdo con lo solicitado en los Pliegos de Condiciones (o Términos de Referencia) del contrato No. 2181252, la(s) cual(es) se relacionan a continuación:

CARGO A DESEMPEÑAR	NOMBRE	PROFESIÓN	EXPERIENCIA GENERAL	EXPERIENCIA ESPECIFICA
ACTIVIDAD 1				
Especialista en Estructura	Jair A Cardenas Ramirez	Ingeniero Civil	14 años	2 proyectos
Dibujante	Camilo Andres Rojas Zapata	Ingeniero Civil	2 años	2 proyectos
ACTIVIDAD 2				
Profesional Técnico en Diagnósticos	Ivan Orlando Velasquez Clavijo	Arquitecto	11 años	3 proyectos
Especialista Hidrosanitario	Diego F. García Borrero	Ingeniero Civil	13 años	2 proyectos
Profesional de Costos y Presupuestos	Luis Agusto Orjuela Rojas	Ingeniero Civil	30 años	2 proyectos
Profesional Social	Raquel B. Lara de la Rosa	Profesional Social	21 años	1 proyecto
Encuestador 1	Geisson J. Lozano Torres	N/A	N/A	N/A
Encuestador 2	Cristian C. Narvaez Rocha	N/A	N/A	N/A
ACTIVIDAD 3				
Director de Obra	Miguel A. Martinez Amortegui	Ingeniero Civil	32 años	4 proyectos
Residente de Obra	Anibal jose Ruiz Avilez	Ingeniero Civil	3 años	2 proyectos
Maestro de Obra 1	Omar Daniel Manrique Cadena	Tecnol. Construcción	3 años	1 proyecto
Inspector PGIO	Daniela Andrea Torres Vera	Tecnol. Salud Ocupacional	5 años	1 proyecto
Profesional Social	Maria del Pilar Urrea	Profesional social	13 años	2 proyectos

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, en Bogotá a los 7 días del mes septiembre del 2018.

Firma

Nombre Rep. Legal JUAN GUEVARA MARTINEZ
CONTRATISTA CONSORCIO REDES IM

Firma

Nombre Rep. Legal. MARY LUZ MEJIA DE PUMAREJO
INTERVENTOR CONSORCIO CORDOBA MV

Anexos: Hojas de vida con sus soportes
Concepto de Evaluación
Original - FONADE
Copias Interventor o Supervisor y Contratista

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4002508359	1|7|0|9|2|0|1|8

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las Instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
Primer apellido: RUIZ	Segundo apellido: AVILEZ	Primer nombre: ANIBAL	Segundo nombre: JOSE
7.Tipo documento de Identidad: CC	8.Número del documento de Identidad: 1066182660	9.Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10.Fecha de nacimiento: 1|0|0|1|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	2300000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 6 22 72		3044809666	NOREPORTA@NOREPORTA.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
SINCELEJO	Urbana ☒ Rural ☐		SUCRE

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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 documento de Identidad	26. Número de Identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	UAB SINCELEJO - ODONTO TOTAL E.U-CP	STSINCELEJ - ODONTOEU
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO REDES IM	NIT	901192033	01

39.Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
AV 19 7 48 OF 48	9277132	TALENTOHUMANO@IESINGENIEROS.COM	BOGOTA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|5|0|9|2|0|1|8

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
ANIBAL JOSE RUIZ	

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del diclamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 SISBEN Número 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 documento de identidad	Número documento de Identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANIBAL JOSE RUIZ AVILEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,066,182,660**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 04 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1066182660	RUIZ AVILEZ ANIBAL JOSE	05/09/2018		194vMp17	DEPENDIENTE

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:C102386583018247316 45

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.26.133.73, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimas 30140776571

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

Fecha de Radicación: 17/09/18

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Corporativa [ ] D. Grupo familiar [ ] E. Beneficiario o afiliado adicional [ ] F. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de usuario: 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):

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

A. APELLIDOS Y NOMBRES

6. Apellidos y nombres: LOZANO TORRES GEISSON JEOBANNY
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1013589623
Femenino [ ] Masculino [X]
Fecha de nacimiento: 19/07/1993

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:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso basado en: 1.500.000
Dirección de residencia: CRA 52 C 80 - 95
Teléfono de residencia: 3159624938
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Localidad-Comuna:
Correo electrónico: JEOSSON1993@HOTMAIL.COM

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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Zona: Urbana	Rural	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Dirección	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1																		
B2																		
B3																		
B4																		
B5																		

EPS medimas RECIBIDO PARA ESTUDIO DE LA EPS
Fecha: 17 SEP 2018
ARBEY GALINDO
C.C. 17.387.138

V. EMPLEADOR

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CONVENIO	9618
S		
B		
A		

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

35. Tipo documento: NIT
36. Número del documento: 900[illegible]2003
37. Tipo de cotizante empleador de pensiones (a registrar por la EPS):
Dirección: CRA 52 C 80 - 95
Teléfono: 3159624938
Correo electrónico: JEOSSON1993@HOTMAIL.COM

B. REPORTE DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad
- [ ] 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.
- [X] 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 tramite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la entidad de Preadmisionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | Fecha de novedad: 17/09/2018
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado Código:
45. Caja de Compensación Familiar o Fondo de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [X] 49. Declaración de no información del cotizante, cónyuge, familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 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.
- [X] 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 lo requieran.
- [X] 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia

55. Firma del representante legal o persona responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **GEISSON JEOBANNY LOZANO TORRES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,013,589,075**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 04 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin vigencia	Código de transacción	Fecha de proceso
C1013589075	GEISSON JEOBANNY LOZANO TORRES	10/09/2018		24614200	04/09/2018 12:16:27

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:C10238658301824744194

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Dirección IP: 190.26.133.73, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimas EPS

3014077654

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. Radicación | Fecha de Radicación: 1 09 2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

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)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer apellido: QUIROZ | Segundo apellido: OLARTE | Primer nombre: MARTHA | Segundo nombre: CECILIA
7. Tipo de documento de identificación: CC | 8. Número de documento de identificación: 63552391 | 9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] | 10. Fecha de nacimiento: 12 09 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo [S] [M] [R] Condición [T] [P] | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC: 1'500.000

18. Profesión: CONTADOR | Teléfono fijo: 3117972812 | Teléfono celular | Correo electrónico

Dirección de residencia: Barrio o Vereda: LOS ROBLES | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento: ANTIOQUIA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	PEDRO	QUIROZ	SANTIAGO		TI	1039603557		X	15 03 2006
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo	Condición	32. Lugar de residencia: Municipio/Ciudad	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo/Celular	33. Valor de la UPC del grupo familiar (a registrar por la EPS)
B1	HIJO					LOS ROBLES	X		ANTIOQUIA	3117972812	
B2											
B3											
B4											
B5											

EPS: medimas — RECIBIDO PARA ESTUDIO DE LA EPS — 17 SEP 2018 — ARBEY GALINDO C.C. 17.387.138

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	LOS ROBLES	2991
B	LOS ROBLES	2991
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. Razón Social o Nombre: [illegible] | 36. Tipo de documento de identificación: NIT | 37. Número de identificación: 900192035 | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 2 MIPYME
Dirección de notificación: CRA 40 # 42 - 93 | Teléfono | Correo electrónico | Código CIIU | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
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. 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 Inicio 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 documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Firma: [signature] 01 09 2018
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

45. 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 ocurrencia 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, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga copia o 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 (BDUA) y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS mantenga 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.

VIII. FIRMAS

51. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 52. El empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

EMPLEADOR

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARTHA CECILIA QUIROZ OLARTE,** identificado(a) con Cédula de Ciudadania **43,652,891,** se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 07 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C43652891	QUIROZ OLARTE MARTHA CECILIA	10/09/2018		ho262352	DEPENDIENTE

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:C10238658301825057829

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.26.133.73, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Exclusivamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 10238296

0104483456

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: 10 09 2018

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO: Kadas | SEGUNDO APELLIDO: Mejia | PRIMER NOMBRE: Yucani | SEGUNDO NOMBRE: Andrea

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1039695799

9. SEXO: X

10. FECHA NACIMIENTO: 22 09 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código:

12. DISCAPACIDAD: Tipo: F [ ] M [ ] S [ ] Condición: T [ ] P [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN:

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL:

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES:

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES:

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC:

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CR 74 8 45

ZONA: U. [X] R. [ ]

LOCALIDAD / COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO: Puerto Berrio

DEPARTAMENTO: Antioquia

TELÉFONO FIJO:

TELÉFONO MÓVIL: 3109286416

CORREO ELECTRÓNICO:

CÓDIGO IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

22. SEXO:

23. FECHA NACIMIENTO: D.D. M.M. A.A.A.A.

CÓDIGO IPS:

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. EPM	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1								F M S	T P
2								F M S	T P
3								F M S	T P
4								F M S	T P

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (lo determina la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1					I II III IV	
2					I II III IV	
3					I II III IV	
4					I II III IV	

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
NOMBRE: SALOOMI LOPEZ
CLAVE ASESOR: 4899
REGIONAL: BTC
FEC-AFI: 10 09 2018
[illegible]

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: Consuelo Redes IM

36. Tipo documento de identidad: C.C. [ ] C.A. [ ] P.A. [ ] C.E. [X]

37. Número documento de identidad: 901.192033

DV: 4

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CR 40 B # 125-03 | Barrio: Centro | Ciudad: Amalia | Teléfono fijo: 4328878 | Teléfono móvil: | Correo electrónico:

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 1 10 09 2018

CARGO: Auxiliar Social

SALARIO: 1.100.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 [X]
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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
    B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

Scanned by CamScanner

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) YURANI ANDREA RODAS MEJIA, identificado(a) con C.C 1.039.695.799, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 17 de septiembre de 2018.

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

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail servicioclíente@colfondos.com.co

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

ARL | sura

Medellín, 07 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1039695799	RODAS MEJIA YURANI ANDREA	10/09/2018		2069413	DEPENDIENTE

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:C10238658301825057829

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.26.133.73, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

77191327

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ○ B. Reporte de Novedades	A. Individual ○ — Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio — Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo ○ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante ○ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente ○ B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación del Afiliado o Beneficiario

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Reyes	Lopez	Juan	Sebastian

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
CN TI CE CD RC CC PA SC	1110595255	Femenino Masculino ○	21/03/1994

Datos Básicos de Identificación del Afiliado o Beneficiario

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M — Condición T P)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura		2000000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo
Manzana B Casa 59	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3164379728	

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Ibague	Urbana ○ Rural		Tolima

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente del Cotizante o Cabeza de Familia

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 (D D M M A A A A)
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

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				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	Condición (T P)	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 EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS)

Consorcio Redes-JM | NIT CC TI CE PA CD | 901192033-4

39. Ubicación
Dirección: Av calle 77-98 of 1801
Teléfono Fijo: 9297132
Correo Electrónico
Municipio / Distrito: Bogotá
Departamento: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 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. Código
- [x] 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 [x] 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

C. DATOS DEL COTIZANTE O BENEFICIARIO

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN RC TI CE CD PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A	05 09 2018

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas Retirado	Código	

D. AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 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 información 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.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
JUAN SEBASTIAN REYES	Deisy Velasquez

E. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad.	Cantidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL

- [ ] 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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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.

F. VALIDACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones: 01

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
05 SEP 2018
Recibido Por:

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

Identificación y Firma del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicado	Sticker preimpreso

ARL | sura

Medellín, 04 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1110545255	REYES LOPEZ JUAN SEBASTIAN	05/09/2018		15293188	DEPENDIENTE

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:C10238658301824731645

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.26.133.73, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

medimas

3014077662

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo

No de Radicación

Fecha de Radicación 19 09 18

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

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)

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

Tipo documento de identidad: CC | Número | 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

12. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo | Condición | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización

18. Residencia: Dirección | Teléfono fijo | Correo electrónico

Municipio | Zona: Urbana / Rural | Localidad/Comuna | Departamento

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Sufijo	31. Discapacidad: Tipo	Condición	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 EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

medimas EPS RECIBIDO PARA ESTUDIO DE LA EPS 18 SEP 2018 ARBEY GALINDO C.C. 17.387.138

EMPLEADOR

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

35. Tipo de documento de identificación | Número | 36. Tipo de aportante o código de dependencia (a registrar por la EPS)

Razón social o nombre | Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 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. Código
- [X] 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 terminó 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 documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha 19 09 2018

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] 46. Declaración de veracidad y aceptación de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [X] 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.
- [X] 49. Declaración de no interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales de una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 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.
- [X] 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.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

Firmas

Firma del cotizante o cabeza de familia

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JONNY ALBERT CARO PARRA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **71,191,941**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Octubre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 14 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin vigencia	Código de transacción	Fecha de proceso
C71191941	JONNY ALBERT CARO PARRA	15/09/2018		17493192	14/09/2018 15:42:32

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:C10238658301825756572

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.

Dirección IP: 181.48.223.106, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

savia SALUD EPS

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 17 01 18

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a reservar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual - Cotizante o cabeza de familia [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] - Se solicitado a afiliado adicional	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [X] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	0

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

3. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SANABRIA	MESA	JORGE	OMAR

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
CC [X]	71.193.763		15 04 1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos pensionales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo	Condición	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
1					SURA	PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
781.242	Cl 15 # 7 - 87		3233890314668137	
melo125@hotmail.es	Rurales Rioblanco	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	ANTIOQUIA

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 de documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01							
02							
03							
04							
05							

	31. Discapacidad: Tipo			Condición		32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Ocupación	Teléfono (fijo y celular)	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	F	H	M	T	P						
01											
02											
03											
04											
05											

Selección de la IPS Primaria

Con	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
A	Clínica Pajonal	LLS
B		
C		

JAC305

savia SALUD EPS
24 SEP 2018

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 a pagador pensiones (a registrar por la EPS)
	NIT	901792 823 - 4	

39. Ubicación				
CL 26 # 11 B - 03	4328678	rolandotorres@...	PRESENTA	PRESENTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización 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 [X] 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. Novedad A. Régimen Contributivo [ ] 14. Traslado A. Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado A. Mismo Régimen [ ] 16. Retorno Régimen [ ] 17. Reporte por fallecimiento [ ] 18. Reporte del traslado de población al interno [ ] 19. Reporte de la calidad del Pre-pensionado [ ] 20. Reporte de la calidad del 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 de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	42. Fecha: D D M M A A A A
					15 04 2018

43. EPS anterior	44. Motivo de retiro: Código	45. Tipo de Cotizante del 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 ausencia de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. [ ] 49. Declaración de no imprimación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales ante una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y acceda datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X] 51. Autorización con la que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del usuario de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que así lo soliciten. [X] 52. Autorización para que la EPS envíe 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. [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o representante legal	54. El cotizante, cabeza de familia o representante de la afiliación colectiva / institucional o de oficio
Jorge Omar Sanabria	

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] DE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]

57. Copia del documento de inscripción permanente emitido por la autoridad competente. [ ] 58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de constitución o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ] 59. Copia de la sentencia o providencia o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y cesiones públicas, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la inexistencia de la unión marital. [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acta conciliatoria de custodia. [ ] 62. 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 dos padres. [ ] 63. Copia de la inscripción de licencia 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 usuario: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de validación	69. Fecha de verificación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de los documentos anexados en el capítulo VIII del formulario.

VIGILADO SuperSalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANABRIA MEZA JORGE OMAR** identificado(a) con **CC** número **71.193.763** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de septiembre de 2009 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de octubre de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

20181005095622

ARL | sura

Medellín, 14 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin vigencia	Código de transacción	Fecha de proceso
C71193763	JORGE OMAR SANABRIA MEZA	15/09/2018		5162244G	14/09/2018 15:41:16

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:C10238658301825756572

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Dirección IP: 181.48.223.106, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Miguel Angel Martinez Amortegui
Ingeniero Civil Nit: . 80.262.554-3

ORGANIZACION MAM Ingeniero Civil Contratista

Bogotá D. C. Octubre 5 de 2018

Señores
FONDO FINANCIERO DE PROYECTOS DE DESARROLLO –FONADE
Ciudad

El suscrito **MIGUEL ANGEL MARTINEZ AMORTEGUI,** identificado con la C.C. 80.262.554 de Bogotá, certifico que me encuentro al día con las obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje. Durante los últimos seis (6) meses. Y actualmente se encuentra al día con el pago de seguridad social y aportes parafiscales.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente.

MIGUEL ANGEL MARTINEZ A.
C.C. 80.262.554 DE BOGOTA D.C.

Carrera 32 A No. 25-57 Apto 202 tel: 6452328 Bogotá D.C. Colombia
E-mail: organizacionmam@gmail.com

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80262554
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MIGUEL ANGEL MARTINEZ AMORTEGUI
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 35 25 C 23 OF101	TELÉFONO:	2690034
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**188490241**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:		AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/09/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		222460	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 288.000
SUBTOTAL:			1	**$ 288.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 225.000
SUBTOTAL:			1	**$ 225.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 43.900
SUBTOTAL:			1	**$ 43.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 556.900**

Bogotá D.C. 5 de Octubre de 2018.

Señores
FONDO FINANCIERO DE PROYECTOS DE DESARROLLO - FONADE.
Subgerencia de Contratación
Calle 26 No. 13-19, piso 21 Bogotá D.C.

El revisor Fiscal, certifica que la firma **IES INGENIEROS SAS**, se encuentra al día con las obligaciones provenientes del sistema de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de Compensa Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje Durante los últimos seis (6) meses.

La anterior certificación se expide para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente.

WILLIAM REYES CUENCA
REVISOR FISCAL
C.C. No 93.359.139 de Ibagué
T.P. No 36709-T

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900317964-1	IES INGENIEROS SAS	CARRERA 70B # 125 03	4325878	TALENTOHUMANO@IESINGENIEROS.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 200 c		BOGOTÁ D. C.	BOGOTA, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				27	0
					TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-08	E	17/09/2018	30098831	$14.822.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	96.800	0		0		0	0	0	0	96.800	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	742.700	0		0		0	0	0	0	742.700	8
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	239.800	0		0		0	0	0	0	239.800	4
EPS010	EPS Sura	800088702-2	177.400	0		0		0	0	0	0	177.400	2
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	190.400	0		0		0	0	0	0	190.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	286.900	0		0		0	0	0	0	286.900	2
EPS033	Cruz Blanca - EPS	830009783-0	52.500	0		0		0	0	0	0	52.500	3
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	39.100	0		0		0	0	0	0	39.100	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	173.100	0		0		0	0	0	0	173.100	4

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.398.600	0	0	23.800	23.800	0	0		2.446.200	8
230301	Porvenir	800224808-6	1.474.900	0	0	0	0	0	0		1.474.900	8
231001	Colfondos	800227940-6	2.039.200	0	0	29.400	29.400	0	0		2.098.000	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.953.100	0	0	42.700	42.700	0	0		2.038.500	4

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										
14-28	ARP Sura	800256161-8	2.799.200				2.799.200	0	0	2.799.200			27.992	2.799.200	27

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.935.400	0	0	1.935.400	26
CCF48	Comfatolima	800211025-1	31.300	0	0	31.300	1

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900317964-1	IES INGENIEROS SAS		CARRERA 70B # 125 03	4325878	TALENTOHUMANO@IESINGENIEROS.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				27	0
					TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-08	E	17/09/2018	30096831	$14.822.200	

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	9	1.998.700	1.998.700
Pensión	4	8.057.600	8.057.600
Riesgos Laborales	1	2.799.200	2.799.200
CCF	2	1.966.700	1.966.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	16	14.822.200	14.822.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900317964-1	IES INGENIEROS SAS		CARRERA 70B # 125 03	4325878	TALENTOHUMANO@IESINGENIEROS.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				27	0
					TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-08	E	17/09/2018	30098831	$14.822.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Cotiza Exterior	Exonerado	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	ANL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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 ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013636704	ROJAS ZAPATA CAMILO ANDRES	1	0			S																	231001	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EPS095	2.400.000	96.000	14-28	2.400.000	5	167.100	CCF22	2.400.000	96.000	0	0	0	0	0
2	CC	1013668706	VALBUENA JICNDLZ ALISON YICETH	1	0			S	X																231001	129.280	20.700	0	0	0	0	EPS023	129.280	5.200	14-28	129.280	5	9.000	CCF22	481.200	19.300	0	0	0	0	0
3	CC	1014175495	GUERRERO MONROY DAVID FELIPE	1	0			S																	230201	1.292.800	206.900	0	0	0	0	EPS017	1.292.800	51.800	14-28	1.292.800	5	90.000	CCF22	1.292.800	51.800	0	0	0	0	0
4	CC	1018466343	GIRALDO VASQUEZ NATALIA	1	0			S																	230301	2.174.000	347.900	0	0	0	0	EPS005	2.174.000	87.000	14-28	2.174.000	5	151.400	CCF22	2.174.000	87.000	0	0	0	0	0
5	CC	1022378263	VANEGAS DIAZ INGRID GISELLE	1	0			S																	230201	2.233.100	357.300	0	0	0	0	EPS005	2.233.100	89.400	14-28	2.233.100	5	0	CCF22	2.233.100	0	0	0	0	0	0
6	CC	1023865836	VELASQUEZ QUEVEDO DEASSI MAGALY	1	0			S																	230201	1.462.500	234.000	0	0	0	0	EPS010	1.462.500	58.500	14-28	1.462.500	5	101.800	CCF22	1.462.500	58.500	0	0	0	0	0
7	CC	1031128404	ANGARITA RAYO EDUARD JAVIER	1	0			S																	230301	1.645.500	263.300	0	0	0	0	EPS005	1.645.500	65.900	14-28	1.645.500	5	114.600	CCF22	1.645.500	65.900	0	0	0	0	0
8	CC	1036223195	TORRES VERA DANIELA ANDREA	1	0			S																	230301	1.321.000	211.400	0	0	0	0	EPS002	1.321.000	52.900	14-28	1.321.000	5	92.000	CCF22	1.321.000	52.900	0	0	0	0	0
9	CC	1069764414	QUEVEDO GUTIERREZ MARIO ANDRES	1	0			S	X																231001	390.621	62.500	0	0	0	0	EPS005	390.621	15.700	14-28	390.621	5	27.200	CCF22	731.329	29.300	0	0	0	0	0
10	CC	1079161093	LOMBANA SARMIENTO HAMES	1	0			S																	230201	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS008	1.700.000	68.000	14-28	1.700.000	5	118.400	CCF22	1.700.000	68.000	0	0	0	0	0
11	CC	1090416305	PEREZ CRISTANCHO GERSON JOSE	1	0			S																	25-14	2.602.250	416.400	0	0	0	0	EPS005	2.602.250	104.100	14-28	2.602.250	1	13.600	CCF22	2.602.250	104.100	0	0	0	0	0
12	CC	1108930634	GUAYARA JOSE EVERLY	1	0			S																	230201	1.096.600	175.500	0	0	0	0	EPS044	1.096.600	43.900	14-28	1.096.600	5	76.400	CCF22	1.096.600	43.900	0	0	0	0	0
13	CC	1233489573	TORRES ACUÑA KAREN ANDREA	1	0			S																	231001	975.550	156.100	0	0	0	0	EPS037	975.550	39.100	14-28	975.550	1	5.100	CCF22	975.550	39.100	0	0	0	0	0
14	CC	1422/834	ACOSTA ACOSTA GERARDO ANTONIO	1	3			S																		0	0	0	0	0	0	EPS044	781.242	31.300	14-28	781.242	1	4.100	CCF48	781.242	31.300	0	0	0	0	0
15	CC	19381448	GOMEZ CLAVIJO OCTAVIANO	1	0			S																	230301	1.100.750	176.200	0	0	0	0	EPS023	1.100.750	44.100	14-28	1.100.750	5	76.700	CCF22	1.100.750	44.100	0	0	0	0	0
16	CC	19432294	ACOSTA CASTILLO MIGUEL ANTONIO	1	0			S																	230301	1.058.100	169.300	0	0	0	0	EPS008	1.058.100	42.400	14-28	1.058.100	5	73.700	CCF22	1.058.100	42.400	0	0	0	0	0
17	CC	3022449	VIGOYA HERNANDEZ RIVER ALFONSO	1	0			S																	25-14	1.096.600	175.500	0	0	0	0	EPS002	1.096.600	43.900	14-28	1.096.600	5	76.400	CCF22	1.096.600	43.900	0	0	0	0	0
18	CC	30099742	PEREZ TABARES ALBA NIDIA	1	0			S	X																230201	1.561.350	249.900	0	0	0	0	EPS044	1.561.350	62.500	14-28	1.561.350	5	108.700	CCF22	1.802.058	72.100	0	0	0	0	0
19	CC	39612867	QUEVEDO INFANTE BERTHA MARIA	1	0			S																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS005	781.242	31.300	14-28	781.242	1	4.100	CCF22	781.242	31.300	0	0	0	0	0
20	CC	52281177	VELASQUEZ VIGOYA MERY YADIRA	1	0			S																	231001	2.972.300	475.600	0	0	0	0	EPS010	2.972.300	118.900	14-28	2.972.300	1	15.600	CCF22	2.972.300	118.900	0	0	0	0	0
21	CC	5824464	LONDOÑO RAMIREZ JUAN ANTONIO	1	0			S																	25-14	5.204.500	832.800	0	0	26.100	26.100	EPS095	5.204.500	208.200	14-28	5.204.500	5	362.300	CCF22	5.204.500	208.200	0	0	0	0	0
22	CC	5826108	RODRIGUEZ CARDENAS HENRY SAID	1	0			S																	230201	4.758.750	761.400	0	0	23.800	23.800	EPS016	4.758.750	190.400	14-28	4.758.750	5	331.300	CCF22	4.758.750	190.400	0	0	0	0	0
23	CC	6030622	MALAMBO VILLARRAGA NELSON	1	0			S	X																230301	78.125	12.500	0	0	0	0	EPS023	78.125	3.200	14-28	78.125	5	5.500	CCF22	561.591	23.300	0	0	0	0	0
24	CC	79295709	HERNANDEZ VARELA OMAR HUMBERTO	1	0			S																	230301	1.058.100	169.300	0	0	0	0	EPS008	1.058.100	42.400	14-28	1.058.100	5	73.700	CCF22	1.058.100	42.400	0	0	0	0	0
25	CC	79969768	VELASQUEZ VIGOYA OSCAR RENAN	1	0			S																	231001	5.876.400	940.300	0	0	29.400	29.400	EPS017	5.876.400	235.100	14-28	5.876.400	5	409.000	CCF22	5.876.400	235.100	0	0	0	0	0
26	CC	93020701	YATE MONTEALEGRE EDWIN LEONARDO	1	0			S																	230201	884.800	141.600	0	0	0	0	EPS044	884.800	35.400	14-28	884.800	5	61.600	CCF22	884.800	35.400	0	0	0	0	0
27	CC	93383917	MARIN LOPEZ JOHN JAIRO	1	0			S																	25-14	3.302.300	528.400	0	0	16.500	16.500	EPS005	3.302.300	132.100	14-28	3.302.300	5	229.900	CCF22	3.302.300	132.100	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CARDENAS RAMIREZ JAIR ANTONIO
IDENTIFICACION:	CC-79545503
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	INDEPENDIENTE
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-10-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-10-02
FECHA DE PAGO:	2018-10-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2018-09
PERIODO SALUD:	2018-09
NUMERO PLANILLA:	13651531
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	13651531
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 97.700	$ 99.300
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 125.000	$ 127.000
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 3.600	$ 222.700	$ 226.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 02/11/2018

EPS sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **IVAN ORLANDO VELASQUEZ CLAVIJO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **80117639** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80117639
NOMBRES Y APELLIDOS	IVAN ORLANDO VELASQUEZ CLAVIJO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	19-01-2010
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	414
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	49
EMPLEADOR(ES)*	NI 901192033 CONSORCIO REDES IM DESDE 01/08/2018

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: 14/09/2018

ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS

ARL | sura

Medellín, 04 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C80117639	VELASQUEZ CLAVIJO IVAN ORLANDO	14/08/2018		165245n2	DEPENDIENTE

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:C10238658301824731645

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.26.133.73, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901192033-4	CONSORCIO REDES IM	CARRERA 70B 125 03	4325878	talentohumano@iesingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	B – menos de 200 c		ANTIOQUIA	PUERTO BERRIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
			2018/10/08		EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				13	0
2018-10	2018-09	E		30403629	TOTAL A PAGAR	
					$7.015.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	411.700	0		0		0	0	0	0	411.700	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	216.700	0		0		0	0	0	0	216.700	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	216.700	0		0		0	0	0	0	216.700	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	437.500	0		0		0	0	0	0	437.500	1
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	148.400	0		0		0	0	0	0	148.400	2
EPS040	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	900604350-0	52.100	0		0		0	0	0	0	52.100	1
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	96.300	0		0		0	0	0	0	96.300	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	383.000	0		0		0	0	0	0	383.000	4

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	66.700	0	0	0	0	0	0		66.700	1
230301	Porvenir	800224808-8	1.417.800	0	0	0	0	0	0		1.417.800	8
231001	Colfondos	800227940-6	400.600	0	0	0	0	0	0		400.600	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	626.700	0	0	17.500	17.500	0	0		661.700	2

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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	1.092.800				1.092.800	0	0	1.092.800			10.928	1.092.800	13

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF04	Comlama	890900841-9	628.200	0	0	628.200	13

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901192033-4	CONSORCIO REDES IM	CARRERA 70B 125 03	4325878	talentohumano@iesingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	B – menos de 200 c			ANTIOQUIA	PUERTO BERRIO	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				13	0
2018-10	2018-09	E		30403629	TOTAL A PAGAR	
					$7.015.800	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
314.300	0	0	314.300	13
ICBF				
471.300	0	0	471.300	13
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.962.400	1.962.400
Pensión	4	2.546.800	2.546.800
Riesgos Laborales	1	1.092.800	1.092.800
CCF	1	628.200	628.200
ESAP	0	0	0
ICBF	1	471.300	471.300
MEN	0	0	0
SENA	1	314.300	314.300
TOTALES	16	7.015.800	7.015.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901192033-4	CONSORCIO REDES IM	CARRERA 70B 125 03	4325878	talentohumano@iesingenieros.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		ANTIOQUIA	PUERTO BERRÍO		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				13	0
					TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-09	E		30403629	$7.015.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010259756	MIRANDA ANDRADE GUSTAVO ADOLFO	1	0			N	X																23030I	476.667	76.300	0	0	0	0	EPS044	476.667	59.600	14-28	476.667	5	33.200	CCF04	476.667	19.100	476.667	9.500	14.400	0	0
2	CC	1013569075	LOZANO TORRES GEISSON JEOBANNY	1	0			N	X																230301	1.120.000	179.200	0	0	0	0	EPS044	1.120.000	140.000	14-28	1.120.000	5	78.000	CCF04	1.120.000	44.800	1.120.000	22.400	33.600	0	0
3	CC	1024542339	MANRIQUE CADENA OMAR DANIEL	1	0			N	X																230301	1.733.334	277.400	0	0	0	0	EPS009	1.733.334	216.700	14-28	1.733.334	5	120.700	CCF04	1.733.334	69.400	1.733.334	34.700	52.100	0	0
4	CC	1039666799	RODAS MEJIA YURANI ANDREA	1	0			N	X																231001	770.000	123.200	0	0	0	0	EPS037	770.000	96.300	14-28	770.000	5	53.600	CCF04	770.000	30.800	770.000	15.400	23.100	0	0
5	CC	1066162680	RUIZ AVILEZ ANIBAL JOSE	1	0			N	X																230301	1.993.334	319.000	0	0	0	0	EPS002	1.993.334	249.200	14-28	1.993.334	5	138.800	CCF04	1.993.334	79.800	1.993.334	39.900	59.900	0	0
6	CC	1110545255	REYES LOPEZ JUAN SEBASTIAN	1	0			N	X																231001	1.733.334	277.400	0	0	0	0	EPS005	1.733.334	216.700	14-28	1.733.334	5	120.700	CCF04	1.733.334	69.400	1.733.334	34.700	52.100	0	0
7	CC	43652841	QUIROZ OLARTE MARTHA CECILIA	1	0			N	X																230301	1.050.000	168.000	0	0	0	0	EPS044	1.050.000	131.300	14-28	1.050.000	5	73.100	CCF04	1.050.000	42.000	1.050.000	21.000	31.500	0	0
8	CC	57422121	LARA DE LA ROSA RAQUEL BEATRIZ	1	0			N	X																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-28	1.300.000	5	90.500	CCF04	1.300.000	52.000	1.300.000	26.000	39.000	0	0
9	CC	57423393	LARA DE LA ROSA MYRIAM LUZ	1	0			N	X																230301	770.000	123.200	0	0	0	0	EPS041	770.000	96.300	14-28	770.000	5	53.600	CCF04	770.000	30.800	770.000	15.400	23.100	0	0
10	CC	71191941	CARO PARRA JONNY ALBERT	1	0			N	X																230301	416.663	66.700	0	0	0	0	EPS044	416.663	52.100	14-28	416.663	5	29.000	CCF04	416.663	16.700	416.663	8.400	12.500	0	0
11	CC	71192033	PELAEZ HERNANDEZ LUIS ANGEL	1	0			N	X																25-14	416.663	66.700	0	0	0	0	EPS037	416.663	52.100	14-28	416.663	5	29.000	CCF04	416.663	16.700	416.663	8.400	12.500	0	0
12	CC	71193703	SANABRIA MEZA JORGE OMAR	1	0			N	X																230201	416.663	66.700	0	0	0	0	EPS040	416.663	52.100	14-28	416.663	5	29.000	CCF04	416.663	16.700	416.663	8.400	12.500	0	0
13	CC	80117639	VELASQUEZ VIGOYA IVAN ORLANDO	1	0			N																	25-14	3.500.000	560.000	0	0	17.500	17.500	EPS010	3.500.000	437.500	14-28	3.500.000	5	243.500	CCF04	3.500.000	140.000	3.500.000	70.000	105.000	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	79723595-	DIEGO FERNANDO GARCIA BORRERO	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
9	2018	9	2018

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
30231284	PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 145A NO. 15 38 APTO 207	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	6962840	6962840	DFGARCIA1979@OUTLOOK.COM	7110	0	1	2018/10/03	374389659

PAG 1 DE 2

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No. AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LICENCIA MATERNIDAD No. AUT	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	225.000	0		0		0	225.000	0	0	0	225.000	0		0	0	225.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLIDARIDAD PENS	DIAS MORA COTIZ	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	288.000	0	0	0	0	0	0	288.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZACION	INCAPACIDADES No AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	9.400		0	0	9.400
DIAS MORA	**INTERES MORA COTIZ**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	9.400	0	0	94	9.400

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MINEDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

	ANTES DE AJUSTE INT MORA Y OTROS	VALOR TOTAL
PENSIONES	288.000	288.000
SALUD	225.000	225.000
RIESGOS LABORALES	9.400	9.400
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	$522.400	$522.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALORES							LIQUIDACION DE APORTES				
ITEM	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	IGE	IRL	LMA	VSP	SLN	IGE	VAC	AVP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SUS	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	COTIZ	EXONERADO	SALARIO INTEGRAL	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	79723595	GARCIA BORRERO DIEGO FERNANDO	EPS005	230301																				1.800.000	1.800.000	0	1.800.000	0			288.000	0	0	225.000	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79341759
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AGUSTO ORJUELA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 127 B BIS NO 21-86	TELÉFONO:	8294408
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7701505556	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:		AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/10/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			376919147

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 400.000
SUBTOTAL:			1	**$ 400.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830113831	EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A.	1	$ 312.500
SUBTOTAL:			1	**$ 312.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 13.100
SUBTOTAL:			1	**$ 13.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 725.600**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4002508384	1|7|0|9|2|0|1|8

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	**5. Tipo de cotizante**		**Codigo** (a registrar por la EPS) 1
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐		

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LARA (Primer apellido)	DE LA ROSA (Segundo apellido)	RAQUEL (Primer nombre)	BEATRIZ (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	57422121	Femenino ☒ Masculino ☐	0|5|0|4|1|9|7|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

los personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1500000

18.Residencia

CL 8 5E 65 ARACATACA (Dirección)	Telefono fijo	3126461307 (Telefono celular)	NOREPORTA@NOREPORTA.COM (Correo electronico)
FUNDACION (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	MAGDALENA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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 documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo Femenino	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	UAB FUNDACION - UOD FUNDACION	STFUNDACIO - UODFUNDACI
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO REDES IM	NIT	901192033	01

39.Ubicación

AV 19 7 48 OF 48 (Dirección)	9277132 (Teleéfono)	TALENTOHUMANO@IESINGENIERPS.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|5|0|9|2|0|1|8

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49.☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 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 Decr elo 1377 de 2013
- 53.☒ Autorización para que la EPS envie Información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
RAQUEL BEATRIZ URIA	

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 SISBEN Número 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 documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RAQUEL BEATRIZ LARA DE LA ROSA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **57,422,121**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 04 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C57422121	LARA DE LA ROSA RAQUEL BEATRIZ	05/09/2018		158626Qc	DEPENDIENTE

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:C10238658301824731645

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.26.133.73, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	17 07 2018

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	01
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [ ]	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN **II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

6. Apellidos y nombres			
MANRIQUE	CRDENA	OMAR	DANIEL

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	1024.542.339	[ ]	[X]	27 07 1993

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	16. Administradora de pensiones
				SURA	PROTECCIÓN

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
2.000.000	CR 73 L # 37 x 71 sur	3873737	3006916442	
O.d.m.c@hotmail.com	BOGOTÁ	Zona Urbana [X] Rural [ ]	BOGOTÁ	BOGOTÁ

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			

Tipo de documento identidad	21. Número de 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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col.		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
CONSEJO RGO 1M	NIT
37. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)**
901.792.033	

39. Ubicación				
CL 103 11 125-03	6133878	ralemtonomono@ingenieros.com	BOGOTÁ	BOGOTÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [X]
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 por 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 de documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A
		[ ]	[ ]		17 07 2018

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, 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 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. [ ]

VIII. FIRMAS

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **OMAR DANIEL MANRIQUE CADENA,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,024,542,339,** se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 04 de Septiembre de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO REDES IM que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1024542339	MANRIQUE CADENA OMAR DANIEL	05/09/2018		93442039	DEPENDIENTE

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:C10238658301824731645

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.26.133.73, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO **93.359.139**
REYES CUENCA

APELLIDOS
WILLIAM

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-1963**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA

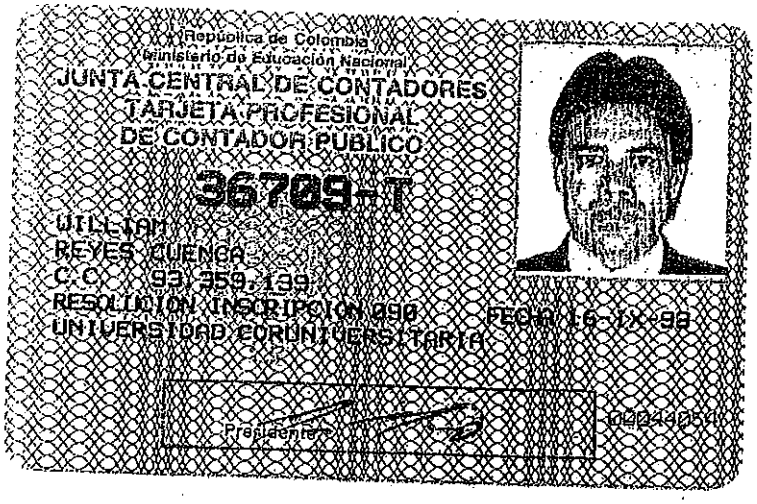
A+ G.S. RH

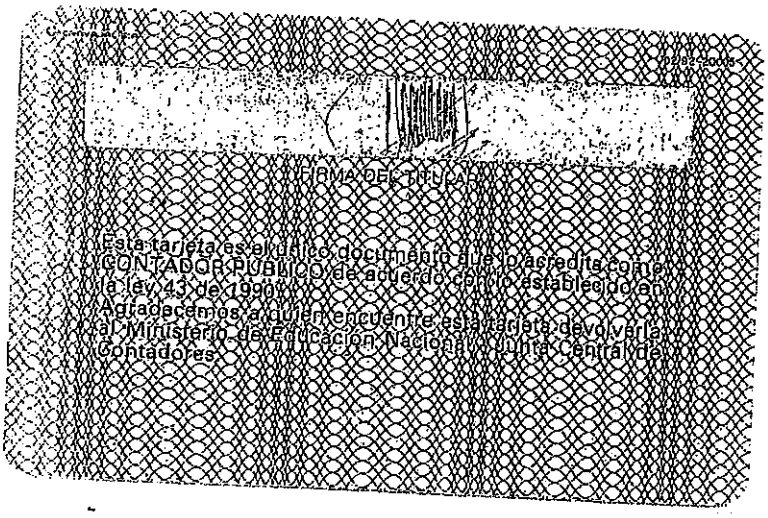
M SEXO

24-ENE-1983 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2900100-00307440-M-0093359139-20110613 0027197697A 2 36472566


República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
36709-T
UTILIAM
REYES CUENCA
C.C. 93.359.139
RESOLUCION INSCRIPCION 990
UNIVERSIDAD CORUNIVERSITARIA
FECHA 16-IX-98
Presidente
0424440541


FIRMA DEL TITULAR
Esta tarjeta es el único documento que acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.

23-06-2011

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

9DB4CABE83B21DA9

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **WILLIAM REYES CUENCA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 93359139 de IBAGUE (TOLIMA) Y Tarjeta Profesional No 36709-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 23 días del mes de Agosto de 2018 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado