autónomo. Terminado el contrato por cualquiera de las causales previstas en la cláusula anterior, se procederá a la liquidación del patrimonio autónomo

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la terminación del presente contrato, la FIDUCIARIA presentará una rendición final de cuentas de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Todos los gastos que genere la ejecución del presente contrato y su terminación pendientes de pago, serán asumidos automáticamente por El FIDEICOMITENTE(S), quien tendrá la calidad de deudor frente a esas obligaciones, circunstancia que es aceptada por el FIDEICOMITENTE(S) con la firma del presente contrato.

En todo caso, la liquidación del Fideicomiso se entenderá culminada siempre y cuando se hayan entregado todos y cada uno de los bienes fideicomitidos a quien corresponda de acuerdo con lo establecido en el presente contrato, mientras esto no ocurra, se seguirá causando la comisión fiduciaria a favor de Alianza.

Cláusula 19 – Notificaciones, Lugar de cumplimiento de las obligaciones del presente contrato y cláusula de No Localización de FIDEICOMITENTE(S):

Las partes recibirán válidamente cualquier clase de notificación o comunicación en las siguientes direcciones:

FIDEICOMITENTE(S) **ISAIAS VARGAS GONZALEZ:** Dirección: CL 8 No.48 40 Castilla11-Neiva Teléfono: 312- 5223367 Correo: fiduciasivg@gmail.com ; contratacionivg@gmail.com **V&M INGENIERIA S.A.S**. Dirección: CR 4 No.11 188 San Roque-Neiva Teléfono: 311- 5159413	FIDUCIARIA, Atención: Francisco José Schwitzer Sabogal Dirección: Av. Cra. 15 No. 82-99 Bogotá Teléfono: 6447700 Correo: fschwitzer @alianza.com.co

Vo.Bo. Jurídica ALIANZA

Correo: fiduciasivg@gmail.com vymingenieriasas@gmail.com	
Entidad Estatal: ENTerritorio Nombre: Carolina Montealegre Dirección: (601) 5940407 Teléfono: Cll 26 No. 13-19 Correo: procesosdeseleccion@enterritorio.gov.co	

El lugar de cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato es Bogotá D.C..

En el evento que no sea posible la localización del FIDEICOMITENTE(S), o del Supervisor o Interventor, luego del envío de dos comunicaciones escritas con intervalos de veinte (20) días calendario, requiriéndolo en tal sentido a la última dirección de correspondencia registrada en Alianza, la Fiduciaria quedará facultada para terminar el presente contrato por imposibilidad de desarrollar su objeto, y en consecuencia procederá a informar de tal hecho a la Entidad Estatal, y devolver los recursos fideicomitidos conforme a las instrucciones que la Entidad Estatal imparta.

Cláusula 20 – Autorización Reporte y Consulta a TransUnion S.A.:

El FIDEICOMITENTE(S) o quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de FIDEICOMITENTE(S), autoriza a la FIDUCIARIA a reportar, procesar, solicitar y divulgar a TransUnion S.A. o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a su comportamiento como clientes de la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a su actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y, en general, al cumplimiento de sus obligaciones.

Para todos los efectos, el FIDEICOMITENTE(S) conoce y acepta expresamente que los reportes y plazos se efectuarán de conformidad con las normas que al respecto sean incluidas en el reglamento de TransUnion S.A., y las normas legales que regulen la materia.

Vo.Bo. Juridica ALIANZA

Igualmente, el FIDEICOMITENTE(S), manifiestan que conoce y acepta que la consecuencia de esta autorización será la consulta e inclusión de sus datos financieros en la Central de Información de TransUnion S.A. y demás entidades que manejen este tipo de información, por lo tanto, las entidades del sector financiero afiliadas a dichas centrales conocerán su comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones financieras.

Cláusula 21 – Actualización de Información y Mecanismos de Mitigación de Riesgo:

EL FIDEICOMITENTE(S) se obliga a actualizar por lo menos una vez al año, la información requerida por la FIDUCIARIA para el cumplimiento de las disposiciones que se requieren para el cumplimiento de las normas relativas al Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT, exigidas por la Superintendencia Financiera.

Alianza aplicará, durante toda la vigencia del presente contrato al FIDEICOMITENTE(S), a sus cesionarios por otra parte desde su vinculación, y en general a los terceros que resulten partícipes en el desarrollo del presente contrato, los procedimientos que a continuación se describen, respecto de cada uno de los siguientes riesgos:

A. **RIESGO DE MERCADO Y LIQUIDEZ: ALIANZA** cuenta con herramientas tales como: políticas, límites, análisis técnico y fundamental (análisis estadístico de las variables y factores de riesgo que inciden sobre las decisiones de inversión), sistemas de información del mercado de valores, metodologías de valor en riesgo (VaR) que permiten calcular y controlar las posibles pérdidas por efectos de mercado y modelos de Back Testing y Stress Testing que permiten evaluar y ajustar el modelo de VaR. El **FIDEICOMITENTE** exime a la **FIDUCIARIA** de la aplicación de los sistemas de administración de dichos riegos respecto de aquellas inversiones diferentes a las efectuadas en fondos administrados por la FIDUCIARIA.

B. **RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO:** El riesgo LAFT se mitiga a través de la implementación y ejecución de un sistema de administración de riesgos que adoptó la **FIDUCIARIA**, dando cumplimiento a lo establecido en el Capítulo IV, del Título IV, de la Parte I de la Circular Básica Jurídica, y circulares externas de la Superintendencia Financiera de Colombia que las adicionan o modifican. Para tal efecto, la **FIDUCIARIA** cuenta con herramientas tecnológicas que a través de modelos estadísticos permite identificar comportamientos inusuales en las transacciones, jurisdicciones, clientes y canales de la entidad. Así mismo, cuenta con listas restrictivas que nos permiten validar si una persona tiene o ha tenido algún vínculo o mención en temas de lavado de activos y/o financiación de terrorismo. La

Vo.Bo. Jurídica ALIANZA

plataforma tecnológica permite realizar oportunamente análisis de datos y procesamiento de información para la preparación y remisión de reportes internos y externos. La **FIDUCIARIA** cuenta con un sistema de monitoreo de alertas y casos, dejando la respectiva trazabilidad del análisis de las operaciones, desde las señales de alerta hasta la determinación de las operaciones que sean consideradas como sospechosas.

C. **RIESGO DE EXTINCIÓN DE DOMINIO:** Posibilidad de que el activo vea afectado por procesos o temas de extinción de dominio, que son de carácter imprescriptible, con la consecuente pérdida o afectación del bien.

D. **RIESGO OPERATIVO:** Para mitigar la exposición al riesgo, la Sociedad Fiduciaria aplica las disposiciones establecidas en el manual de Administración de Riesgo Operativo SARO fundamentado en los lineamientos del Capítulo XXIII de la Circular Básica Contable y Financiera de la Superintendencia Financiera.

Con relación a la exposición al riesgo operativo, se contempla la implicación legal y reputacional por la materialización de eventos relacionados a la funcionalidad del encargo fiduciario.

Las partes, con la suscripción del presente contrato, se obligan a acatar los mecanismos establecidos para el cumplimiento de los estándares indicados para la gestión de los riesgos asociados al presente contrato, y de igual forma se obligan a dar a conocer tales mecanismos a los terceros interesados en vincularse al negocio.

Cláusula 22 – Modificación del Contrato y del Plan de Inversión del Anticipo:

Cualquier modificación en las estipulaciones previstas en este documento, o las establecidas en el Plan de Utilización o de Inversión del Anticipo deberán contar con el visto bueno previo del Supervisor o Interventor, y de dicha modificación, ALIANZA procederá a notificar a la Entidad Estatal.

Cláusula 23 – Cesión del Contrato:

El presente contrato se suscribe en atención a la calidad de las Partes y, por tanto, una vez perfeccionado el presente contrato, no podrá ser cedido sin el mutuo acuerdo escrito de las mismas; el FIDEICOMITENTE(S) solo podrá ceder sus derechos fiduciarios y de beneficio derivados del Fideicomiso, previa aprobación de la Entidad Estatal. La cesión que así efectúe el FIDEICOMITENTE(S), se efectuará mediante documento privado suscrito por cedente y cesionario, será notificado y enviado a Alianza, en el cual conste el nombre, dirección y teléfono del cedente y cesionario, la declaración por la cual el cesionario manifiesta y conoce el contrato de fiducia constitutivo del Fideicomiso, el estado del mismo, y las obligaciones y

Vo.Bo. Jurídica ALIANZA

derechos que adquiere en virtud de la cesión, todo ello para efecto de los registros de Alianza, documento que como mínimo deberá ceñirse a lo previsto en este contrato.

Alianza podrá solicitar modificaciones, aclaraciones o adiciones al texto del acuerdo de cesión, cuando considere que con el mismo se afectan derechos de terceros, de los contratantes o de Alianza, así mismo, podrá objetar la vinculación de cesionarios mediante comunicación escrita en dicho sentido dirigida al cedente, sin que para ello se requiera motivación alguna.

Adicionalmente, en virtud de la cesión efectuada en los términos anteriores, y como requisito necesario para el registro de la misma en Alianza, el cesionario deberá suscribir un pagaré con espacios en blanco para que Alianza lo llene según las instrucciones que el otorgante dará y en las cuales se preverá que el valor del pagaré será por concepto de comisiones fiduciarias, costos y gastos a favor de Alianza, en desarrollo del objeto del presente contrato.

En todo caso, queda entendido que Alianza se reserva el derecho a oponerse a la vinculación de dichos terceros como Beneficiarios o FIDEICOMITENTE(S).

Cláusula 24 – Legislación aplicable:

En lo no previsto en las cláusulas anteriores, el presente contrato se regulará por la legislación de la República de Colombia y en especial por lo que dispone el Código de Comercio y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y en general, por la normatividad colombiana vigente aplicable a este tipo de negocio fiduciario.

Cláusula 25 – Nulidad Parcial:

Si cualquier disposición de este contrato fuese prohibida, resultare nula, ineficaz o no pudiere hacerse exigible de conformidad con las leyes de la República de Colombia, las demás estipulaciones contenidas en el presente documento le sobrevivirán con sus plenos efectos vinculantes y obligatorios para EL FIDEICOMITENTE(S) y la FIDUCIARIA, a menos que la disposición prohibida, nula, ineficaz o inexigible fuese esencial al propio contrato de manera que la interpretación o cumplimiento del mismo en ausencia de tal disposición no fuese posible.

Clausula 26- Conflicto de Interés: Las partes manifiestan, que con base en las obligaciones que del presente contrato se derivan para cada una de ellas, han evaluado y llegado a la conclusión que en desarrollo del FIDEICOMISO no hay lugar situaciones que puedan llevar a posibles de conflicto de interés. Sin embargo, acuerdan que en caso de presentarse tales situaciones, con el fin de conjurar las mismas deberán acudir a la justicia ordinaria.

Vo.Bo. Jurídica ALIANZA

Clausula 27-.Defensor Del Consumidor Financiero: EL FIDEICOMITENTE manifiesta que ALIANZA, lo ha enterado ampliamente de la existencia del Defensor del Consumidor Financiero de ALIANZA FIDUCIARIA S.A, figura diseñada para la protección de sus intereses como consumidor financiero e indica que conoce quien ostenta dicho cargo en ALIANZA, que conoce las funciones y obligaciones del defensor del consumidor financiero, y que le ha suministrado información relacionada con los derechos que como cliente tiene para acudir directamente a la figura de Defensor del Consumidor con el fin de que sean resueltas sus peticiones, quejas, y reclamos en los términos establecidos en la ley 1328 de 2009, la Ley 795 de 2003 y el Decreto 2550 de 2010, sin perjuicio de las demás disposiciones que regulan dicha materia. La información del Defensor del Consumidor Financiero de ALIANZA ha sido entregado a EL FIDEICOMITENTE a la firma del presente contrato.

Clausula 28- EL FIDEICOMITENTE con la suscripción del presente contrato declara que conoce y acepta los términos y condiciones de utilización de la herramienta tecnológica Alianza en Línea Portal Mi Fiducia que se encuentra alojado en la página Web https://www.alianza.com.co/mi-fiducia (ACUERDO MARCO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE ALIANZA EN LÍNEA)

EL FIDEICOMITENTE con la suscripción del presente contrato asume total responsabilidad por las operaciones que realice directamente, el ADMINISTRADOR DE CUENTA o los usuarios creados por él en el portal Mi Fiducia, por lo cual toda operación que se cargue y valide en el referido portal se presume fue cargada directamente por el FIDEICOMITENTE, ADMINISTRADOR DE CUENTA y los usuarios creados por él, en consecuencia el FIDEICOMITENTE reconoce como prueba de las operaciones o transacciones efectuadas, los registros electrónicos que se generen bajo sus claves, usuarios y/o contraseñas.

EL FIDEICOMITENTE mediante el presente contrato nombra como ADMINISTRADOR DE CUENTA a: Jaime Márquez, identificado con cédula de ciudadanía número 72.246.947 , con correo electrónico jmarquez001@hotmail.com y número de celular 301-2046211 y declara que el mismo es su entera confianza.

Para constancia, se firma en Bogotá D.C., a los seis (6) días del mes de abril de dos mil veintidós (2022).

Fideicomitente(s),	Fiduciaria

Vo.Bo. Juridica ALIANZA

CONTRATO DE FIDUCIA MERCANTIL IRREVOCABLE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS RECIBIDOS A TÍTULO DE ANTICIPO, CELEBRADO ENTRE ISAIAS VARGAS GONZALEZ Y V&M INGENIERIA SAS (QUIENES INTEGRAN EL CONSORCIO TURQUIA) Y ALIANZA FIDUCIARIA S.A.

ISAIAS VARGAS GONZALEZ C.C: 7.710.012 Neiva **YERSON FERNANDO CAMACHO LADINO** Representante Legal **V&M INGENIERIA S.A.S** Comparece a la firma del presente documento **REPRESENTANTE LEGAL DEL CONSORCIO** en señal de conocimiento y aceptación del su contenido y de las obligaciones que se derivan a su cargo:	**JUAN CARLOS CASTILLA MARTINEZ** Representante Legal ALIANZA FIDUCIARIA S.A. Vo.Bo. Juridica ALIANZA Samuel Alejandro Gonzalez Rincon Firmado digitalmente por Samuel Alejandro Gonzalez Rincon Fecha: 2022.04.06 17:14:47 -05'00'

Vo.Bo. Juridica ALIANZA

CONTRATO DE FIDUCIA MERCANTIL IRREVOCABLE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS RECIBIDOS A TÍTULO DE ANTICIPO, CELEBRADO ENTRE ISAIAS VARGAS GONZALEZ Y V&M INGENIERIA SAS (QUIENES INTEGRAN EL CONSORCIO TURQUIA) Y ALIANZA FIDUCIARIA S.A.

_____ **JOSE IGNACIO CARDENAS MENESES** C.C: 1.117.491.406 Caquetá Representante Legal **CONSORCIO TURQUIA** _____ Representante Legal	

Vo.Bo. Jurídica ALIANZA

enterritorio	SOLICITUD DE VINCULACIÓN	CÓDIGO	F-RI-01
		VERSIÓN	02
	GESTIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	2021-03-15

Número de Solicitud: 86034

Este formato hace parte integral del contrato suscrito con la entidad y debe ser diligenciado de acuerdo con el

Fecha de diligenciamiento: 2022/03/14

Tipo de persona: Juridica | Tipo de Vinculación: Contratista | Tipo de solicitud: Actualización

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de: NIT | Número de identificación: 901570934 | D.V.: 7

	País	Depto.	Ciudad	Fecha de expedición	Género
Lugar de expedición	COLOMBIA	HUILA	NEIVA		

Razón social / Nombres y apellidos completos: CONSORCIO TURQUIA | Sigla:

Fecha de constitución / Fecha de nacimiento	País de constitución / nacimiento	Depto. de constitución / nacimiento	Ciudad de constitución / nacimiento
2022/01/04	COLOMBIA	HUILA	NEIVA

Correo electrónico: consorcioturquia@gmail.com

Dirección de domicilio principal: CR 4 2 85

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	HUILA	PALERMO

Número teléfono fijo	Número teléfono celular	Fax
	3125223367	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Si es persona Jurídica diligencie los numerales 2.1 al 2.3 y 2.5, si es persona natural diligencie numeral 2.4 y 2.5

2.1 Clasificación Industrial Internacional Uniforme - CIIU

Código CIIU: 4220 | Descripción de la actividad económica principal: CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO | Número de empleados: 10

2.2 Datos persona jurídica

Tipo de empresa: Privada | Para entidad Pública indicar tipo de Orden: | Tipo de sociedad o asociación: CONSORCIO

2.3 Composición accionaria
(Se deben incluir sólo los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% de capital social, aporte o participación). En caso de uniones temporales o consorcios, señale la identificación de los consorciados o participes en la unión.

Numero de identificación	Tipo	Nombres y apellidos completos	% Part.
7710012	CC (Cédula de Ciudadanía)	ISAIAS VARGAS GONZALEZ	50
900062688	NIT	VYM INGENIERIA SAS	50

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 86034

2.4 Datos persona natural

Nivel de estudios		Profesión	
Ocupación / oficio			
Código CIIU		Descripción de la actividad económica	

Nombre de la empresa donde trabaja	Cargo que ocupa	Dirección de la empresa o negocio

País	Departamento	Ciudad	Teléfono	Fax

3. REPRESENTANTE LEGAL Ó APODERADO

En caso de personas jurídicas serán los datos del representante legal y para personas extranjeras sin sucursal serán los datos del apoderado.

Relación con el título	Tipo de identificación	Número de identificación
Representante Legal	CC (Cédula de Ciudadanía)	7710012

Nombres y apellidos completos: ISAIAS VARGAS GONZALEZ

Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Ciudad de nacimiento
1979/02/15	COLOMBIA	HUILA	TERUEL

Cargo que ocupa	Correo electrónico
REPRESENTANTE LEGAL	ivgingeniero@gmail.com

Dirección de domicilio principal: CL 8 48 40

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	HUILA	NEIVA

Número teléfono fijo	Número teléfono celular	Fax
	3125223367	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

4.1 Información financiera, cifras expresadas en pesos

Ingresos mensuales	1	Total activos	1
Otros ingresos	1	Total pasivos	1
Egresos mensuales	1	Patrimonio (activos - pasivos)	$ 0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 86034

Concepto otros ingresos	FINANCIEROS

4.2 Actividades en moneda extranjera

Realiza actividades en moneda extranjera: NO

Tipo de producto	Entidad	Moneda	Monto promedio mensual de operaciones $	Pais	Ciudad

5. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

En relación con el tipo de vinculación, seleccione e ingrese la información tributaria

Recuerde que en caso de cambiar su situación tributaria es su responsabilidad actualizar el presente formato y notificar a la entidad

5.1 Régimen simple de Tributación

¿Se acogió al régimen simple de tributación establecido en ley 1943 de 2018? NO

5.2 Impuesto a la renta

Declarante de: Impuesto de Renta NO | Ingresos y Patrimonio NO | Régimen especial NO

Residente en Colombia: SI

Regimen: No Aplica | Tipo de norma: | Número: 0 | Fecha:

En caso de seleccionar la opción "No aplica", indique la: ES UN CONSORCIO

5.3 Impuesto al valor agregado -IVA

¿El contrato es suscrito por un consorcio o unión temporal? SI

¿El consorcio unión temporal es el que ejecuta la actividad gravada? SI

Factura cada consorciado: | Factura un solo consorciado:

Servicios prestados y/o bienes suministrados son gravados: SI | Responsable IVA: SI | Régimen:

Aplicación del Impuesto	Tipo de Norma	Numero	Fecha

5.4 Impuesto de industria y comercio, avisos y tableros - ICA

¿Es entidad de Derecho Público? NO

¿La actividad (ventas/servicio), está sujeta? NO

¿Es servicio de intermediación en Bogotá? NO

¿El servicio es prestado en:? (Indicar el departamento, la ciudad o municipio): SUCRE - SINCELEJO

¿El contrato es de compraventa? NO

En caso afirmativo, indique: ¿Tiene sede fabril fuera de

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 86034

Código CIIU
4220-CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

6. INFORMACIÓN PARA DESEMBOLSO

Relacione los datos de la cuenta bancaria de la persona natural o jurídica que se vincula, en la que se realizarán los

6.1 Para pagos corrientes

Nombre entidad financiera: BANCOLOMBIA

Tipo de cuenta bancaria: Corriente Número: 076-000037-44

¿Desea recibir mensaje de texto de confirmación de: SI Nota: El costo del mensaje de texto es asumido por ENTERRITORIO.

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes para prevención del lavado de activos.

1. Los bienes y recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocios, etc.)

APORTE DE SOCIOS

2. Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación contractual o legal con ENTERRITORIO.

5. Autorizo a la entidad para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

6. Me obligo con la entidad a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que durante la ejecución del contrato surja una vinculación con una Persona Expuesta Públicamente, de acuerdo con lo consignado en el numeral 2.5 del capítulo correspondiente a la actividad económica (2. ACTIVIDAD ECONÓMICA), procederé de inmediato a la actualización de este formato.

8. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a ENTERRITORIO o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

9. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 86034

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial - ENTerritorio, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice, lo anterior sin perjuicio de las excepciones consagradas en la ley estatutaria y relacionadas en nuestra política.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

10. DECLARACIÓN FATCA

Obligado a Tributar en Estados Unidos: NO

Número de identificación tributaria Estadounidense "TIN":

Declaro que:

1. He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los últimos 3 años, dentro del territorio de los Estados Unidos.	
2. Soy poseedor de la tarjeta de residencia "Green Card"	
3. Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos (FDAP*), proviene de fuente de riqueza ubicada en los Estados Unidos .	
4. Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que produce intereses o dividendos de fuente de los Estados Unidos.	

* Cualquier ingreso fijo o determinable, anual o períodico

11. FIRMA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento

Nombre: ISAIAS VARGAS GONZALEZ

Número de documento de Identificación: 7710012

Se ha validado la identidad de la persona relacionada a continuación a través de la utilización de medios electrónicos, el código podrá ser verificable en la aplicación Formato de Vinculación disponible en el sitio WEB www.enterritorio.gov.co

2022/03/14
Fecha de firma

6503157304899823
Firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

enterritorio	SOLICITUD DE VINCULACIÓN	CÓDIGO	F-RI-01
		VERSIÓN	02
	GESTIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	2021-03-15

Número de Solicitud: 86190

Este formato hace parte integral del contrato suscrito con la entidad y debe ser diligenciado de acuerdo con el

Fecha de diligenciamiento: 2022/03/14

Tipo de persona: Natural | Tipo de Vinculación: Contratista | Tipo de solicitud: Actualización

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de: CC (Cédula de Ciudadanía) | Número de identificación: 7710012 | D.V.: 0

	País	Depto.	Ciudad	Fecha de expedición	Género
Lugar de expedición	COLOMBIA	HUILA	NEIVA	1997/03/13	HOMBRE

Razón social / Nombres y apellidos completos: ISAIAS VARGAS GONZALEZ | Sigla:

Fecha de constitución / Fecha de nacimiento	País de constitución / nacimiento	Depto. de constitución / nacimiento	Ciudad de constitución / nacimiento
1979/02/15	COLOMBIA	HUILA	TERUEL

Correo electrónico: ivgingeniero@gmail.com

Dirección de domicilio principal: CL 8 48 40 CA CASTILLA 11

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	HUILA	NEIVA

Número teléfono fijo	Número teléfono celular	Fax
8741735	3125223367	8741735

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Si es persona Jurídica diligencie los numerales 2.1 al 2.3 y 2.5, si es persona natural diligencie numeral 2.4 y 2.5

2.1 Clasificación Industrial Internacional Uniforme - CIIU

Código CIIU: | Descripción de la actividad económica principal: | Número de empleados:

2.2 Datos persona jurídica

Tipo de empresa: | Para entidad Pública indicar tipo de Orden: | Tipo de sociedad o asociación:

2.3 Composición accionaria
(Se deben incluir sólo los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% de capital social, aporte o participación). En caso de uniones temporales o consorcios, señale la identificación de los consorciados o participes en la unión.

Numero de identificación	Tipo	Nombres y apellidos completos	% Part.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 86190

2.4 Datos persona natural

Nivel de estudios	Universitaria	Profesión	INGENIERIA CIVIL
Ocupación / oficio	Independiente		
Código CIIU	4220	Descripción de la actividad económica	CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

Nombre de la empresa donde trabaja	Cargo que ocupa	Dirección de la empresa o negocio
ISAIAS VARGAS GONZALEZ	Gerente General/ Presidente /Director General	CL 8 48 40 CA CASTILLA 11

País	Departamento	Ciudad	Teléfono	Fax
COLOMBIA	HUILA	NEIVA	3125223367	3102127489

2.5 Información complementaria de la persona natural con respecto a

2.5.1. ¿Es persona pública o políticamente expuesta? NO

Información del cargo que lo identifica como PEP

Entidad	Cargo u ocupación	Fecha de vinculación	Fecha de desvinculación

Si usted es catalogado como PEP, por favor diligencie la información de identificacion de sus relacionados

Relación	Nombres y apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	Entidad	Cargo u ocupación	Fecha de vinculación	Fecha de desvinculación

2.5.2. ¿Tengo familiares que se identifican como pública o políticamente expuestos? NO

Si usted declara que tiene familiares catalogados como PEP, por favor diligencie la información de identificacion de dicho familiar públicamente expuesto

Relación	Nombres y apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	Entidad	Cargo u ocupación	Fecha de vinculación	Fecha de desvinculación

3. REPRESENTANTE LEGAL Ó APODERADO

En caso de personas jurídicas serán los datos del representante legal y para personas extranjeras sin sucursal serán los datos del apoderado.

Relación con el título	Tipo de identificación	Número de identificación

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 86190

Nombres y apellidos completos

Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Ciudad de nacimiento

Cargo que ocupa | Correo electrónico

Dirección de domicilio principal

País	Departamento	Ciudad

Número teléfono fijo	Número teléfono celular	Fax

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

4.1 Información financiera, cifras expresadas en pesos

Ingresos mensuales	1449042014	Total activos	12272770735
Otros ingresos	0	Total pasivos	4596576822
Egresos mensuales	1402141333	Patrimonio (activos - pasivos)	$ 7676193913
Concepto otros ingresos			

4.2 Actividades en moneda extranjera

Realiza actividades en moneda extranjera: NO

Tipo de producto	Entidad	Moneda	Monto promedio mensual de operaciones $	Pais	Ciudad

5. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Recuerde que en caso de cambiar su situación tributaria es su responsabilidad actualizar el presente formato y notificar a la entidad

En relación con el tipo de vinculación, seleccione e ingrese la información tributaria

5.1 Régimen simple de Tributación

¿Se acogió al régimen simple de tributación establecido en ley 1943 de 2018? NO

5.2 Impuesto a la renta

Declarante de: Impuesto de Renta NO | Ingresos y Patrimonio | Régimen especial

Residente en Colombia: SI

Regimen | Tipo de norma | Número: 0 | Fecha

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 86190

En caso de seleccionar la opción "No aplica", indique la

5.3 Impuesto al valor agregado -IVA

¿El contrato es suscrito por un consorcio o unión temporal? NO

¿El consorcio unión temporal es el que ejecuta la actividad gravada? NO

Factura cada consorciado: NO Factura un solo consorciado: NO

Servicios prestados y/o bienes suministrados son gravados: SI Responsable IVA: SI

Aplicación del Impuesto	Tipo de Norma	Numero	Fecha

5.4 Impuesto de industria y comercio, avisos y tableros - ICA

¿Es entidad de Derecho Público? NO

¿La actividad (ventas/servicio), está sujeta? SI ¿Es servicio de intermediación en Bogotá?

¿El servicio es prestado en:? (Indicar el departamento, la ciudad o municipio): HUILA - NEIVA

¿El contrato es de compraventa? NO En caso afirmativo, indique: ¿Tiene sede fabril fuera de

Código CIIU
4220-CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

6. INFORMACIÓN PARA DESEMBOLSO

Relacione los datos de la cuenta bancaria de la persona natural o jurídica que se vincula, en la que se realizarán los

6.1 Para pagos corrientes

Nombre entidad financiera: BANCOLOMBIA

Tipo de cuenta bancaria: Corriente Número: 45722258373

¿Desea recibir mensaje de texto de confirmación de: SI Nota: El costo del mensaje de texto es asumido por ENTERRITORIO.

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes para prevención del lavado de activos.

1. Los bienes y recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocios, etc.)

CONSTRUCCION DE CARRETERAS, VIAS DE FERROCARRIL, CONSTRUCCION DE PROYECTOS DE SERVICIO PUBLICO

2. Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud 86190

3. Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación contractual o legal con ENTERRITORIO.

5. Autorizo a la entidad para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

6. Me obligo con la entidad a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que durante la ejecución del contrato surja una vinculación con una Persona Expuesta Públicamente, de acuerdo con lo consignado en el numeral 2.5 del capítulo correspondiente a la actividad económica (2. ACTIVIDAD ECONÓMICA), procederé de inmediato a la actualización de este formato.

8. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a ENTERRITORIO o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

9. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial - ENTerritorio, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice, lo anterior sin perjuicio de las excepciones consagradas en la ley estatutaria y relacionadas en nuestra política.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

10. DECLARACIÓN FATCA

Obligado a Tributar en Estados Unidos NO

Número de identificación tributaria Estadounidense "TIN"

Declaro que:

1. He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los últimos 3 años, dentro del territorio de los Estados Unidos.	
2. Soy poseedor de la tarjeta de residencia "Green Card"	
3. Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos (FDAP*), proviene de fuente de riqueza ubicada en los Estados Unidos .	
4. Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que produce intereses o dividendos de fuente de los Estados Unidos.	

* Cualquier ingreso fijo o determinable, anual o períodico

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud 86190

11. FIRMA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento

Nombre: ISAIAS VARGAS GONZALEZ

Número de documento de Identificación 7710012

Se ha validado la identidad de la persona relacionada a continuación a través de la utilización de medios electrónicos, el código podrá ser verificable en la aplicación Formato de Vinculación disponible en el sitio WEB www.enterritorio.gov.co

2022/03/14

Fecha de firma

1085592316454307

Firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

enterritorio	SOLICITUD DE VINCULACIÓN	CÓDIGO	F-RI-01
		VERSIÓN	02
	GESTIÓN DEL RIESGO	VIGENCIA	2021-03-15

Número de Solicitud: 20795

Este formato hace parte integral del contrato suscrito con la entidad y debe ser diligenciado de acuerdo con el

Fecha de diligenciamiento: 2022/03/15

Tipo de persona: Juridica | Tipo de Vinculación: Contratista | Tipo de solicitud: Creación

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Tipo de: NIT | Número de identificación: 900062688 | D.V.: 7

	País	Depto.	Ciudad	Fecha de expedición	Género
Lugar de expedición	COLOMBIA	HUILA	TERUEL		

Razón social / Nombres y apellidos completos: V Y M INGENIERIA SAS | Sigla:

Fecha de constitución / Fecha de nacimiento	País de constitución / nacimiento	Depto. de constitución / nacimiento	Ciudad de constitución / nacimiento
2006/01/02	COLOMBIA	HUILA	TERUEL

Correo electrónico: vymingenieriasas@gmail.com

Dirección de domicilio principal: CR 4 11 188

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	HUILA	TERUEL

Número teléfono fijo	Número teléfono celular	Fax
	3103273184	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Si es persona Jurídica diligencie los numerales 2.1 al 2.3 y 2.5, si es persona natural diligencie numeral 2.4 y 2.5

2.1 Clasificación Industrial Internacional Uniforme - CIIU

Código CIIU: 4220 | Descripción de la actividad económica principal: CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO | Número de empleados: 7

2.2 Datos persona jurídica

Tipo de empresa: Privada | Para entidad Pública indicar tipo de Orden: | Tipo de sociedad o asociación: ACCIONES SIMPLIFICADA

2.3 Composición accionaria
(Se deben incluir sólo los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% de capital social, aporte o participación). En caso de uniones temporales o consorcios, señale la identificación de los consorciados o participes en la unión.

Numero de identificación	Tipo	Nombres y apellidos completos	% Part.
7713933	CC (Cédula de Ciudadanía)	YERSON FERNANDO CAMACHO LADINO	100

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 20795

2.4 Datos persona natural

Nivel de estudios		Profesión	
Ocupación / oficio			
Código CIIU		Descripción de la actividad económica	

Nombre de la empresa donde trabaja	Cargo que ocupa	Dirección de la empresa o negocio

País	Departamento	Ciudad	Teléfono	Fax

3. REPRESENTANTE LEGAL Ó APODERADO

En caso de personas jurídicas serán los datos del representante legal y para personas extranjeras sin sucursal serán los datos del apoderado.

Relación con el título	Tipo de identificación	Número de identificación
Representante Legal	CC (Cédula de Ciudadanía)	7713933

Nombres y apellidos completos: YERSON FERNANDO CAMACHO LADINO

Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Ciudad de nacimiento
1980/02/14	COLOMBIA	HUILA	TERUEL

Cargo que ocupa	Correo electrónico
REPRESENTANTE LEGAL	vymingenieriasas@gmail.com

Dirección de domicilio principal: CR 4 11 188

País	Departamento	Ciudad
COLOMBIA	HUILA	TERUEL

Número teléfono fijo	Número teléfono celular	Fax
	3115159413	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

4.1 Información financiera, cifras expresadas en pesos

Ingresos mensuales	503204201	Total activos	2675210678
Otros ingresos	7430732	Total pasivos	912237471
Egresos mensuales	106480478	Patrimonio (activos - pasivos)	$ 1762973207

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 20795

Concepto otros ingresos	FINANCIEROS

4.2 Actividades en moneda extranjera

Realiza actividades en moneda extranjera: NO

Tipo de producto	Entidad	Moneda	Monto promedio mensual de operaciones $	Pais	Ciudad

5. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

En relación con el tipo de vinculación, seleccione e ingrese la información tributaria

Recuerde que en caso de cambiar su situación tributaria es su responsabilidad actualizar el presente formato y notificar a la entidad

5.1 Régimen simple de Tributación

¿Se acogió al régimen simple de tributación establecido en ley 1943 de 2018? NO

5.2 Impuesto a la renta

Declarante de: Impuesto de Renta SI | Ingresos y Patrimonio SI | Régimen especial NO

Residente en Colombia SI

Regimen: No Aplica | Tipo de norma: | Número: 0 | Fecha:

En caso de seleccionar la opción "No aplica", indique la: RETENEDORES

5.3 Impuesto al valor agregado -IVA

¿El contrato es suscrito por un consorcio o unión temporal? SI

¿El consorcio unión temporal es el que ejecuta la actividad gravada? SI

Factura cada consorciado: | Factura un solo consorciado:

Servicios prestados y/o bienes suministrados son gravados: SI | Responsable IVA: SI | Régimen:

Aplicación del Impuesto	Tipo de Norma	Numero	Fecha

5.4 Impuesto de industria y comercio, avisos y tableros - ICA

¿Es entidad de Derecho Público? NO

¿La actividad (ventas/servicio), está sujeta? SI

¿Es servicio de intermediación en Bogotá? NO

¿El servicio es prestado en:? (Indicar el departamento, la ciudad o municipio): SUCRE - SINCELEJO

¿El contrato es de compraventa? NO

En caso afirmativo, indique: ¿Tiene sede fabril fuera de

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 20795

Código CIIU
4220-CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO

6. INFORMACIÓN PARA DESEMBOLSO

Relacione los datos de la cuenta bancaria de la persona natural o jurídica que se vincula, en la que se realizarán los

6.1 Para pagos corrientes

Nombre entidad financiera: BANCOLOMBIA

Tipo de cuenta bancaria: Corriente | Número: 45735451778

¿Desea recibir mensaje de texto de confirmación de: SI

Nota: El costo del mensaje de texto es asumido por ENTERRITORIO.

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 1474 de 2011 Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes para prevención del lavado de activos.

1. Los bienes y recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocios, etc.)

OFICIO

2. Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación contractual o legal con ENTERRITORIO.

5. Autorizo a la entidad para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

6. Me obligo con la entidad a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad. Sin perjuicio de lo anterior, en el evento que durante la ejecución del contrato surja una vinculación con una Persona Expuesta Públicamente, de acuerdo con lo consignado en el numeral 2.5 del capítulo correspondiente a la actividad económica (2. ACTIVIDAD ECONÓMICA), procederé de inmediato a la actualización de este formato.

8. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a ENTERRITORIO o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

9. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Número de Solicitud: 20795

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial - ENTerritorio, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice, lo anterior sin perjuicio de las excepciones consagradas en la ley estatutaria y relacionadas en nuestra política.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

10. DECLARACIÓN FATCA

Obligado a Tributar en Estados Unidos: NO

Número de identificación tributaria Estadounidense "TIN":

Declaro que:

1. He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los últimos 3 años, dentro del territorio de los Estados Unidos.	
2. Soy poseedor de la tarjeta de residencia "Green Card"	
3. Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos (FDAP*), proviene de fuente de riqueza ubicada en los Estados Unidos .	
4. Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que produce intereses o dividendos de fuente de los Estados Unidos.	

* Cualquier ingreso fijo o determinable, anual o periódico

11. FIRMA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento

Nombre: YERSON FERNANDO CAMACHO LADINO

Número de documento de Identificación: 7713933

Se ha validado la identidad de la persona relacionada a continuación a través de la utilización de medios electrónicos, el código podrá ser verificable en la aplicación Formato de Vinculación disponible en el sitio WEB www.enterritorio.gov.co

2022/03/15
Fecha de firma

2076876491399265
Firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Anexo 7. Acta de seguimiento de contrato

ACTA No:	003
FECHA:	2022/05/03
CONTRATO No:	2220585 de 2022
OBJETO:	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS Y DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO, DEPARTAMENTO DE SUCRE

SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES Y COMPROMISOS DEL PROYECTO

Acción de Proyecto No. _____ <No. De consecutivo único para todo proyecto, el cual se encuentra en el FMI054 Cuadro de control de trazabilidad de acciones de proyecto. Este aparte se repite tantas veces como Acciones del Proyecto o compromisos existan.>			
Responsable por Contratista	NA		
Responsable por Interventoría	NA		
Fecha programada cumplimiento	NA	% de avance	NA
Indique el avance en ejecución de las acciones o compromisos previos.			
Si la acción o compromiso se encuentra incumplida, indique las causas y los recursos a asignar.			

Se anexa y forma parte integral de esta acta el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto actualizado a la fecha.

TEMAS PRESENTE ACTA

1 Actividad 1.Diseño de Prototipos
2 Actividad 2 Inicio diagnósticos
3 Actividad 3 Ejecución de obra
4 Actividad 4 Social

Aspectos Técnicos

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 3 PCI SINCELEJO - 03 DE MAYO DE 2022

No.	Descripción	Avance	Compromiso	Responsable
1	Actividad 1. Diseño de Prototipos Contratista remitirá la información de la Actividad 1 el día viernes 29 de abril de 2022 antes del mediodía.	Verificación compromiso. El Contratista entregó la información el día viernes 29 de abril de 2022 en las horas de la tarde con la carta CONS-TUR-SINC-013, la cual está en revisión por el especialista estructural y se dará respuesta el día 04 de mayo de 2022 por parte de Interventoría. La Entidad recomienda al Contratista de Obra realizar revisión adecuada del diseño del tanque, con el fin de tener claras las dimensiones y cantidades.	04/05/2022 se remitirá concepto de interventoría de la Actividad 1.	Interventoría

2	Actividad 2 Inicio diagnósticos El martes 03 de mayo de 2022 se revisará el primer diagnóstico entre Contratista e Interventoría.	*** Diagnósticos - encuestas.** El Contratista realizó un informe de los adelantos efectuados respecto a las encuestas de diagnóstico de los posibles beneficiaros según la matriz entregada por ENTerritorio en el barrio El Poblado, de los cuales se han hecho un total de 104 encuestas de las viviendas priorizadas y se está organizando la información para ser presentada en Interventoría. Durante esta actividad se tienen algunas preguntas identificadas que a continuación se hacen a la Entidad para su orientación: 1. Se ha evidenciado que existen viviendas que contaban con micro contador, pero estos fueron hurtados, según la identificación realizada al momento de la encuesta y probablemente la unidad familiar saldría como beneficiario en el programa, se le requiere a la Entidad dar claridad si, ¿es deber realizar la instalación y suministro a la vivienda del micro medidor? La Entidad manifestó que si al momento de realizar la encuesta a la vivienda priorizada se identifica que el elemento no se encuentra instalado y hay evidencias que fue hurtado (caja de inspección vacía), se debe realizar la debida documentación de la inexistencia del aparato, lo cual debe ser presentado en el comité de aprobación, se debe realizar la reposición del micromedidor por parte del programa de conexiones intradomiciliaras. 2. ¿De acuerdo al mapa de zonificación de riesgos, se evidencia que las viviendas priorizadas se encuentran en zona de riesgo, se tendría que realizar encuesta por ubicarse en dicho sector y serian objeto del programa así estén en la matriz de identificación? La Entidad mencionó que se debe realizar la respectiva revisión de la matriz de encuestas, que fue suministrada previamente, y comparar con la zonificación de identificación de riesgos del municipio, con el fin de constatar que si aparece en la zona de riesgo y fue priorizada, es necesario informar a la Entidad mediante una tabla con las viviendas que están dentro de dicho sector mencionado que no son efectivas. Esto se puede realizar sin la necesidad de ir a campo. Se reitera al contratista que con el listado identificado de las viviendas que se encuentran en riesgo y con la matriz base, se posible realizar la revisión de la problemática presentada, lo cual debe ser informado lo más pronto a ENTerritorio, lo anterior con el fin de	* Comités de aprobación de diagnósticos se realizarán de manera semanal los días jueves en las horas de la tarde. Residente de obra e interventoría, profesional de diagnósticos, Entidad. Sociales de obra e Interventoría.	

		dar soporte y trazabilidad al Ministerio de Vivienda de la situación y del por qué no fueron intervenidas. 3. Código de verificador: En el formato N°. PCI 03, la Entidad menciona que se debe poner NO APLICA, ya que no se tiene el código ni el número telefónico de quien realizo la verificación en la matriz base entregada al Contratista. *** Comités de aprobación de diagnósticos:** Los comités de aprobación de diagnósticos se realizarán de manera semanal los días jueves con presencia del Residente de obra e interventoría, profesional de diagnósticos del contratista, Sociales de obra e Interventoría y la Entidad. El Contratista propone realizar el primer comité la próxima semana con el fin de llevar una cantidad de diagnósticos más grande y se pueda tener aprobación de interventoría de cantidades más grandes. La Entidad solicita revisar la programación de obra con el fin tener proyectada la cantidad de diagnósticos que deben ser revisados y aprobados. Para la semana con corte al 15 de mayo de 2022 deben tener un total 154 de diagnósticos aprobados. Contratista revisará si se realiza en esta semana o no, el comité de aprobación. Los diagnósticos deben ser presentados por carpetas completas a la Entidad de manera digital, con el fin de que este sea soporte para el pago parcial según las entregas que se realicen. Estas deben estar completas y firmadas por las partes.		
3	Actividad 3 Ejecución de obra Siguiente semana se entregará informe con la gestión de compra de materiales por parte del Contratista.	El Contratista mencionó que se tiene destinado el sitio para el acopio del material y conforme a las cotizaciones realizadas se está enviando un listado de los materiales requeridos a los proveedores para proceder con la adquisición de los materiales. Interventoría recomienda tener organizado los materiales que lleguen a la obra. Contratista ha realizado la gestión para obtener los ladrillos, arena, gravilla acero, cemento, los cuales se recibirán en aproximadamente en 15 días. La entidad menciona que el contratista debe garantizar un stock de materiales, con el fin de que no se presenten atrasos por este motivo ya que se está a un mes de entregar las primeras viviendas. Al no cumplir con este requerimiento se podría presentar atrasos en la programación del proyecto y la idea es ir a la par del cronograma.		

		Metodologías adquisición de Enchapes, se menciona por Contratista que están escasos los materiales de 0,20x0,20, por lo que se está revisando con los proveedores de la región, de no encontrarlos se procederá a requerir a la Interventoría de materiales que cumplan con las especificaciones para aprobación. La Entidad menciona que estos deben ir aprobados tanto por Interventoría como por ENTerritorio, se solicita agilizar el tema para que no se presenten futuros atrasos; se menciona igualmente que material que no esté aprobado no será reconocido en los cortes parciales.		
4	Actividad 4 Instalación Punto de Información	Los temas se revisarán en comité del área social.		
5	Verificación diagnósticos preliminares compromiso acta anterior	Se revisan dos diagnósticos. * Contratista menciona que en este momento se encuentran en proceso de codificación de las viviendas. Este formato se entrega de manera de borrador, el segundo formato el PCI-003, el código se incluirá en la parte superior del formato ya que este no se encuentra. La Entidad menciona estar de acuerdo. Levantamiento; se muestra el plano y lote con instalaciones hidrosantiarias. La Entidad menciona que no está clara la información que se consignan, se debe recomendar la redacción y no especificar qué tipología se construirá. PCI-005 Carta de concertación (Propietario), falta diligenciar el formato PCI-004 (Arrendador). La Entidad menciona que el PCI-004 e formato de compromiso el PCO-005 es de concertación, por lo tanto, son diferentes y se deben realizar los dos. Cuadro de cantidades: El formato no tiene el encabezado del PCI-007 Formato de presupuesto. PCI-008 se debe diligenciar en el formato específico. Registro fotográfico, está conforme los requerimientos. Acta de vecindad. Solamente debe ir registro fotográfico de la fachada. Residente técnico de interventoría y contratista de actividad 3, con nombres y cargo. * PCI-009 fecha de firma del beneficiario. * Plano de la propuesta.Ok. Enchape en todo el piso		

		sin guarda escoba. Falta acotar el plano y que sea vea mejor. * Información del beneficiario. Cedula de Ciudadanía, un recibo de la vivienda, y resolución FOVIS como poseedor de la vivienda (fondo municipal de vivienda social de Sincelejo). El residente del contratista menciona que se pueden ir a una notaría a una declaración extra juicio. Social del contratista menciona que es una resolución que fueron subsidiados por el espacio, estas no son válidas ya que tienen un plazo de 5 años y estos debían tenían que ir registrados por instrumentos públicos, deben ir a una notaría y sacar un documento Extra juramentada para ser válido. La Entidad menciona que este documento el beneficiario lo deben actualizar. Contratista menciona que al realizar esta actividad de actualización por notaria generaría atrasos en obra y adicionalmente las personas no cuentan con los recursos para solicitar el documento. La Entidad menciona que hay otras maneras de certificado, el cual lo genera la inspección de policía o el palacio municipal (personería), se debe revisar que dicen los pliegos para ver los procesos designados para acreditar la propiedad del predio.		

Programa de Proyecto

<Relación de todas actividades que presentan atraso indicando los días de atraso y acción correctiva>
Se revisará el cumplimiento de la ruta crítica. En el informe semanal, se anexa archivo del programa de proyecto con porcentaje de avance en todas las actividades.

Aspectos Administrativos

<Verificación de pagos de salud, pensión y demás, manejo ambiental, seguridad industrial, programa de salud ocupacional, aspectos sociales, permisos y licencias, gestión de servicios públicos, Otros>

Aspectos Presupuestales:

<Disponibilidad y aplicación de recursos económicos al desarrollo del objeto contractual, verificación de balances de actividades ejecutadas ejecución financiera del contrato, Otros>

Riesgos

<Riesgos detectados y acciones implementadas para su eliminación, mitigación o transferencia.
Si se trata de un contrato de obra, relacione los profesionales expertos que asistieron al Comité indicando su especialidad y las recomendaciones dadas por cada uno de ellos.>

Aspectos sociales y/o ambientales

ACCIONES FORMULADAS EN BASE A LA PRESENTE ACTA

Este aparte se repite tantas veces como nuevas Acciones del Proyecto o compromisos se identifiquen **Acción de Proyecto No. ____** < No. De consecutivo único para todo proyecto, el cual se debe ser registrado en el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto> >	
Responsable por Contratista	N/A
Responsable por Interventoría	N/A
Fecha programada cumplimiento	N/A
escriba la No Conformidad o compromiso.	
Describa las acciones a implementar.	

Se anexa y forma parte integral de esta acta el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto actualizado a la fecha.

PARTICIPANTES		
NOMBRE	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ	Firma
En Representación de	ENTerritorio	
Correo electrónico	Jamon@enterritorio.gov.co	
Teléfono	3203518734	
NOMBRE	JOSE IGNACIO CARDENAS	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico	Coordinadorturquiapci@gmail.com	
Teléfono	3142996037	
NOMBRE	MILAGRO MERCADO CONTRERAS	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	WILBERTO ECHAVARRIA DÍAZ	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	EDGAR ALFONSO ARAGON OTERO	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico	earagon@gavinco.com	
Teléfono	3175769086	
NOMBRE	HECTOR MAURICIO JUNCO MORALES	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico	hjunco@gavinco.com	
NOMBRE	SANDRA CONTRERAS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		
NOMBRE	JULY RIOS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

Firma_____
Nombre: Jose Ignacio Cardenas

Firma_____
Nombre: Edgar Alfonso Aragón

CONTRATISTA[1] **DIRECTOR DE INTERVENTORÍA**

Firma_____
Nombre: Juan David Amon Rodriguez
SUPERVISOR ENTerritorio

Para uso exclusivo del supervisor de ENTerritorio: utilice el siguiente espacio de observaciones en caso de no haber asistido a la reunión (aquí deberá expresar su opinión acerca de los temas tratados y sus recomendaciones al respecto):

FIRMA SUPERVISOR ENTerritorio

Original: ENTerritorio
Copia: interventoría
Copia: contratista

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.fonade.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@fonade.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

[1] En caso de obra: director de obra, en caso de consultoría: director de consultoría, en otros : representante legal o apoderado.
Para el seguimiento de los contratos de interventoría, no aplica firma en este campo.

ACTA No:	004
FECHA:	2022/05/10
CONTRATO No:	2220585 de 2022
OBJETO:	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS Y DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO, DEPARTAMENTO DE SUCRE

SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES Y COMPROMISOS DEL PROYECTO

Acción de Proyecto No. ____ <No. De consecutivo único para todo proyecto, el cual se encuentra en el FMI054 Cuadro de control de trazabilidad de acciones de proyecto. Este aparte se repite tantas veces como Acciones del Proyecto o compromisos existan.>			
Responsable por Contratista	NA		
Responsable por Interventoría	NA		
Fecha programada cumplimiento	NA	% de avance	NA
Indique el avance en ejecución de las acciones o compromisos previos.			
Si la acción o compromiso se encuentra incumplida, indique las causas y los recursos a asignar.			

Se anexa y forma parte integral de esta acta el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto actualizado a la fecha.

TEMAS PRESENTE ACTA

1 Actividad 1.Diseño de Prototipos
2 Actividad 2 Inicio diagnósticos
3 Actividad 3 Ejecución de obra
4 Actividad 4 Social

Aspectos Técnicos

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 4 PCI SINCELEJO - 10 DE MAYO DE 2022

No.	Descripción	Avance	Compromiso	Responsable
1	Actividad 1. Diseño de Prototipos	<u>Compromisos anteriores:</u> 1. 04/05/2022 se remitirá concepto de interventoría de la Actividad 1. Se informa que la interventoría mediante la comunicación GA-DOMI-020-22 del 05/05/2022, remitió concepto con las observaciones a los productos de la actividad 01 entregados por el Contratista con la comunicación CONS-TUR-SINC-013.	**1. Atender las observaciones de los diseños de prototipos.** 10-05-2022	Contratista

		Actividades desarrolladas: Se informa que el 10 de mayo de 2022 en las horas de la mañana se realizó reunión entre los Especialista Estructurales, ENTerritorio, Directores de Obra e Interventoría, de la cual se trató el tema de los diseños de los prototipos mencionando lo siguiente: *"El Contratista de Obra mencionó que no se tienen comentarios sobre las observaciones de Interventoría y se compromete a entregar el día de hoy 11 de mayo de 2022 en las horas de la tarde, dando respuesta a cada uno de los requerimientos dados por Interventoría. La Entidad manifestó que el contratista debe tener en cuenta que el plazo máximo para tener aprobado el documento por Interventoría es hasta el día viernes 13 de mayo de 2022, por lo tanto, se solicitó cumplir con el compromiso de la remisión del documento subsanado conforme lo solicitado.* *El Especialista Estructural de Interventoría recomendó al Consorcio Turquía dar respuesta a cada uno de los puntos conforme la matriz de verificación suministrada y que tiene las observaciones emitidas, así como también enviar las memorias del diseño estructural del tanque, placa, cimentación y columnas".* La Entidad e Interventoría, ratificaron dar cumplimiento con el compromiso pactado y remitir la documentación lo más pronto, dado respuesta a cada uno de los requerimientos con la forma en que fue subsanado. El Consorcio Turquía manifestó que se realizará revisión interna para confirmar si es posible entregar el documento en la fecha fijada. Interventoría recordó al Contratista de Obra que para el inicio de actividades de obra es requisito contar con la aprobación de los prototipos de los diseños, por lo tanto se reitera agilizar la entrega del documento y enviar de la forma más clara, la forma como fue subsanada. La Entidad recuerda que el plazo máximo para aprobación es el 12 de mayo de 2022, se solicita realizar la entrega el día de hoy para contar con la revisión y aprobación.		

2	Actividad 2 Inicio diagnósticos	Compromisos anteriores: **1.** Comités de aprobación de diagnósticos se realizarán de manera semanal los días jueves en las horas de la tarde. Se programa comités de aprobación de diagnósticos para el 12/05/2022, en horas de la tarde. Actividades desarrolladas: El Contratista realizó un informe de las actividades efectuadas en la semana inmediatamente anterior, manifestando que debido a orden público, se tuvo a partir del jueves 05 de mayo de 2022 las actividades en oficina en la organización de los diagnósticos a presentar a la Interventoría; a la fecha de corte del comité de seguimiento el contratista tiene realizadas un total de 181 visitas para diagnósticos en el barrio El Poblado, las cuales están siendo organizadas por el Consorcio Turquía. El Contratista de Obra mencionó que tiene 65 diagnósticos completos, de los cuales se están revisando por segunda vez para entregar a Interventoría y tener un producto de calidad que evite reprocesos por devoluciones que no cumplan con los requerimientos dados. La Entidad manifestó que si bien en campo se han adelantado las actividades de manera ágil, se evidencia que las labores en oficina de organización de los diagnósticos están muy atrasadas y no se han presentado ninguno en comité de aprobación, por lo tanto se solicitó realizar una organización y capacitación del equipo de trabajo para que los entregables se efectúen de manera más ágil y aplicar lecciones aprendidas en el transcurso de los días. Se comenta que se presentó de manera informativa uno de los diagnósticos revisados en comité anterior al Minvivienda, la cual mencionó que los documentos vienen muy completos y se tienen observaciones son mínimas, las cuales a continuación se relacionan: * Código se debe asignar el número de la manzana. * Comentario de diagnóstico corregir ortografía. * Organizar conforme al formato. * Organización de fotos y calidad.	**1. Comité de aprobación** 12/05/2022 a las 4:00 pm. **2. Entrega de Diagnósticos para revisión de la interventoría.** 10-05-2022 documentos en físico. 11-05-2022 documentos de manera digital	Contratista e Interventoría Contratista.

		La Entidad solicitó que esta semana se debe realizar comité de aprobación en el día fijado y programado para los días jueves de cada semana. Interventoría manifestó que se ha revisado los diagnósticos presentados y se tienen algunas observaciones de forma por atender por parte del Contratista de Obra, por lo tanto a final del comité de seguimiento serán remitidas vía correo electrónico con copia a la Entidad. Contratista manifestó que se remitió estos documentos para recibir la retroalimentación y tener en cuenta los requerimientos de las partes y tener un producto de mejor calidad. En físico se entregaría el día de hoy 10-05-2022 y mañana 11-05-2022 de manera digital.		
3	Actividad 3 Ejecución de obra Siguiente semana se entregará informe con la gestión de compra de materiales por parte del Contratista.	<u>Actividades desarrolladas:</u> **1. ANTICIPO.** El área de gestión contractual, se encuentra revisando la minuta del contrato, la Entidad procederá a requerir al área correspondiente para obtener su aprobación y se informará al Contratista de Obra. Interventoría menciona que falta aprobación de minuta del contrato. Se realizó recomendación al Consorcio Turquía sí se contempla la compra de materiales con el anticipo, se remita a Interventoría los borradores de las ordenes de giro para revisión, así no este girado el valor de anticipo, con el fin de agilizar la verificación de los requisitos y formatos para que, una vez, se tengan los dineros respectivos girados al contratista se realice el trámite de compra y legalización de insumos o materiales necesarios para el proyecto, esto con el fin de que se tenga su disponibilidad en todo momento y evitar retrasos en ejecución de la obra. **2. ORDEN PÚBLICO.** El tema de orden público esta normalizado dentro de la zona urbana, sin embargo, el comercio se ha visto disminuido por dicha situación, ocasionando que algunos materiales se agotaran como por ejemplo los ladrillos; en cuanto a la gravilla se realizó compra y se está a la espera de su llegada; la arena no se está encontrando en la región. Se están realizando nuevamente los acercamientos con los	**1. Entrega definición de enchape o cambio de la especificación técnica.** 16/05/2022 **2. Remitir comunicación de solicitud de rotura de cajas de inspección a Interventoría y ENTerritorio, que fue radicada en la Alcaldía.** 11/05/2022 **3.Remitir carta de los micromedidores a la Entidad correspondiente.** 11/05/2022 **4.Remitir las especificaciones técnicas del prestador de servicios públicos por parte de ENTerritorio**	Contratista Contratista Contratista ENTerritorio.

		proveedores para realizar la verificación de disponibilidad de materiales y efectuar su compra. Se solicita comprensión por la situación por el estado de orden público mientras se normaliza el comercio. Materiales. Se preguntó por la Entidad con otros contratista sobre el inconveniente del suministro de la arena y se evidenció que sí se tiene bajo suministro por el invierno, sin embargo, se tiene proyectado que a partir de la próxima semana se tenga disponibilidad, se le transmitirá los contactos de los diferentes proveedores de la región para que el Consorcio Turquía realice la revisión y cotización, con el fin de no pasar por la falta de materiales en obra. Enchapes, el contratista menciona que el formato constitucional no se ha conseguido. La Entidad mencionó que se debe evaluar el cambio y el por qué se realizará dicho ajuste, sin embargo esto no puede definir aumento en el precio del ítem. Se solicita definir el tema por parte del contratista lo más pronto posible. El Contratista menciona se realizará la gestión del material y se revisará una cerámica de similares condiciones para presentar a la Interventoría y ENTerritorio, con el fin de que no se presenten atrasos. La Entidad menciona que de acuerdo con la especificación técnica la chapa de la puerta es de manija tipo bola, se le solicita al contratista revisar si se acogen a la especificación o revisaran el cambio de especificación. **3. ROTURA DE CAJAS DE INSPECCIÓN.** * Para el tema de la rotura cajas de inspección se no se ha recibido copia de la comunicación en interventoría, se solicita por la Entidad que esta debe ser enviada a ENTerritorio para gestionar internamente con la Alcaldía **4. VIVIENDAS POR DEBAJO DEL NIVEL DE LA CALLE** Sector de una de las manzanas del barrio las viviendas están por debajo de la calle, se realizara altura al baño por un realce, el inconveniente es que la tubería quedaría expuesta a la vista, ¿Cómo procedería el diagnostico con estas viviendas? La Entidad	11-05-2022	

		menciona que la tubería no debe quedar superficial, sin embargo se realizará revisión con el ministerio de vivienda para que se dé solución del inconveniente y emitan su concepto. Se le comento, por parte del consorcio Turquía, al beneficiario la construcción de una caseta tipo 2, la cual quedaría lo más cercana al inicio del predio y no quedaría la tubería con la problemática, el contratista menciona que hasta ahora se tienen un total de 35 viviendas con dicha situación. Se menciona por la Entidad que después de consultado con el Ministerio de Vivienda, lo más viable es realizar la caseta tipo 2 lo más cercana a la fachada y el tanque lo más lejano.		
4	Actividad 4 Instalación Punto de Información	* La supervisión Social, realiza una aclaración de dudas sobre el diligenciamiento de los formato, mencionando que estos deben ser resueltos desde la normativa y por filtro de la supervisión técnica. * Acta de inicio: Se recibió por el contratista * La Alcaldía hasta la fecha no se ha generado del link informativo de la Alcaldía. * PQR´s: Se menciona que no se han recibido. Se recomienda al equipo técnico y social para ser oportuno en la recepción, remisión a la Alcaldía o a quien corresponda, con el fin de tener respuesta lo más pronto posible. * Reunión veeduría viernes 13 de mayo de 2022.		

Programa de Proyecto

<Relación de todas actividades que presentan atraso indicando los días de atraso y acción correctiva>
Se revisará el cumplimiento de la ruta crítica. En el informe semanal, se anexa archivo del programa de proyecto con porcentaje de avance en todas las actividades.

Aspectos Administrativos

<Verificación de pagos de salud, pensión y demás, manejo ambiental, seguridad industrial, programa de salud ocupacional, aspectos sociales, permisos y licencias, gestión de servicios públicos, Otros>

Aspectos Presupuestales:

<Disponibilidad y aplicación de recursos económicos al desarrollo del objeto contractual, verificación de balances de actividades ejecutadas ejecución financiera del contrato, Otros>

Riesgos

<Riesgos detectados y acciones implementadas para su eliminación, mitigación o transferencia.
Si se trata de un contrato de obra, relacione los profesionales expertos que asistieron al Comité indicando su especialidad y las recomendaciones dadas por cada uno de ellos.>

Aspectos sociales y/o ambientales

ACCIONES FORMULADAS EN BASE A LA PRESENTE ACTA

Este aparte se repite tantas veces como nuevas Acciones del Proyecto o compromisos se identifiquen **Acción de Proyecto No. ____** < No. De consecutivo único para todo proyecto, el cual se debe ser registrado en el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto> >	
Responsable por Contratista	N/A
Responsable por Interventoría	N/A
Fecha programada cumplimiento	N/A
escriba la No Conformidad o compromiso.	
Describa las acciones a implementar.	

Se anexa y forma parte integral de esta acta el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto actualizado a la fecha.

PARTICIPANTES		
NOMBRE	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ	Firma
En Representación de	ENTerritorio	
Correo electrónico	Jamon@enterritorio.gov.co	
Teléfono	3203518734	
NOMBRE	LINA PATRICIA OTALVARO LOPEZ	Firma
En Representación de	ENTerritorio	
Correo electrónico	lotalvar@enterritorio.gov.co	
Teléfono		
NOMBRE	JOSE IGNACIO CARDENAS	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico	Coordinadorturquiapci@gmail.com	
Teléfono	3142996037	
NOMBRE	MILAGRO MERCADO CONTRERAS	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	WILBERTO ECHAVARRIA DÍAZ	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	ÁLVARO RAFAEL CABALLERO GUERRERO	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	EDGAR ALFONSO ARAGON OTERO	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico	earagon@gavinco.com	
Teléfono	3175769086	
NOMBRE	HECTOR MAURICIO JUNCO MORALES	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico	hjunco@gavinco.com	
NOMBRE	SANDRA CONTRERAS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		
NOMBRE	JULY RIOS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		

PARTICIPANTES		
NOMBRE	JAIRO ANDRÉS MEZA ROSAS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

Firma_____
Nombre: William Antonio Martínez Palomino
CONTRATISTA[1]

Firma_____
Nombre: Edgar Alfonso Aragón
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA

Firma_____
Nombre:
SUPERVISOR ENTerritorio

Para uso exclusivo del supervisor de ENTerritorio: utilice el siguiente espacio de observaciones en caso de no haber asistido a la reunión (aquí deberá expresar su opinión acerca de los temas tratados y sus recomendaciones al respecto):

FIRMA SUPERVISOR ENTerritorio

Original: ENTerritorio
Copia: interventoría
Copia: contratista

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.fonade.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2

[1] En caso de obra: director de obra, en caso de consultoría: director de consultoría, en otros : representante legal o apoderado.
Para el seguimiento de los contratos de interventoría, no aplica firma en este campo.

del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@fonade.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

ACTA No:	005
FECHA:	2022/05/17
CONTRATO No:	2220585 de 2022
OBJETO:	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS Y DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO, DEPARTAMENTO DE SUCRE

SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES Y COMPROMISOS DEL PROYECTO

Acción de Proyecto No. ____ <No. De consecutivo único para todo proyecto, el cual se encuentra en el FMI054 Cuadro de control de trazabilidad de acciones de proyecto. Este aparte se repite tantas veces como Acciones del Proyecto o compromisos existan.>			
Responsable por Contratista	NA		
Responsable por Interventoría	NA		
Fecha programada cumplimiento	NA	% de avance	NA
Indique el avance en ejecución de las acciones o compromisos previos.			
Si la acción o compromiso se encuentra incumplida, indique las causas y los recursos a asignar.			

Se anexa y forma parte integral de esta acta el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto actualizado a la fecha.

TEMAS PRESENTE ACTA

1 Actividad 1.Diseño de Prototipos
2 Actividad 2 Inicio diagnósticos
3 Actividad 3 Ejecución de obra
4 Actividad 4 Social

Aspectos Técnicos

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 5 PCI SINCELEJO - 17 DE MAYO DE 2022

No.	Descripción	Avance	Compromiso	Responsable
1	Actividad 1. Diseño de Prototipos	**Compromisos anteriores:** **1. Atender las observaciones de los diseños de prototipos. 10-05-2022 CONTRATISTA.** El Contratista remitió por correo electrónico del día 13 de mayo de 2022 remitiendo el complemento solicitado por Interventoría referente a los diseños de los prototipos de unidades sanitarias, los cuales fueron revisados por el Especialista de Interventoría emitiendo su aprobación con observaciones y se procedió a remitirlo a ENTerritorio con carta GA-DOMI-030-22 bajo el radicado N°. 20224300189742 de fecha de 17 de mayo de 2022. No obstante lo anterior, está pendiente que el Contratista remita el concepto	Remitir la aclaración requerida por Interventoría, acerca de las observaciones de los diseños prototipos 18/05/2022	CONTRATISTA

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 5 PCI SINCELEJO - 17 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
		solicitado referente a la revisión del volcamiento y los flejes. Se solicitó por la Entidad dar respuesta al requerimiento emitido por Interventoría y remitirlo para revisión y concepto. El Contratista mencionó que el documento está en el punto 6.23, sin embargo Interventoría reiteró que esta información no fue suministrada en el documento enviado, por lo tanto es requisito remitir el concepto que se emita por el especialista estructural del contratista junto con las recomendaciones y debidamente firmado. La Entidad solicitó al Contratista de Obra remitir la aclaración requerida por Interventoría para el día mañana 18 de mayo de 2022 antes del mediodía.		
2	Actividad 2 Inicio diagnósticos	**Compromisos anteriores:** **1. Comité de aprobación 12/05/2022 a las 4:00 pm. CONTRATISTA E INTERVENTORIA** Se cumplió con la realización del comité de aprobación el día jueves 12 de mayo de 2022 por las partes interesadas, de la cual se obtuvo concepto favorable de 8 diagnósticos. **2. Entrega de Diagnósticos para revisión de la interventoría. CONTRATISTA** 10-05-2022 documentos en físico. 11-05-2022 documentos de manera digital **Revisión de diagnósticos** Viviendas aprobadas: 8 Viviendas programadas (Con aprobación): 154 Viviendas efectivas: 212 Viviendas no efectivas: 2 Viviendas visitadas: 214 Se menciona por Interventoría que se recibieron 50 diagnósticos, de los cuales 33 están con visto bueno de Interventoría, 8 con observaciones y 9 pendientes por revisar. Interventoría realizó aclaración a los tiempos de entrega de los diagnósticos para presentar en comité de aprobación, por lo que se manifestó que se efectúa el corte de acuerdo a lo que radiquen en los días martes, y si hay observaciones de los documentos, deben ser atendidos en el día siguiente para que estos sean incluidos en el comité. Se aclara que todo lo que se entregue en el plazo de jueves a martes es lo que se reporta en el siguiente comité, lo que se entregue el día miércoles y que sean diagnósticos nuevos no revisados por Interventoría, entrarían en el comité de aprobación para la siguiente semana. El objetivo es dar prioridad a los documentos que cuentan con observaciones y que fueron entregados.	1.Contar con aprobación de al menos 58 diagnósticos 24/05/2022 Viviendas aprobadas: 58 Viviendas visitadas: 374 Viviendas programadas a corte domingo 22 de mayo de 2022 (Con aprobación): 219 2.Entregar a la Interventoría para revisión 70 diagnósticos 24/05/2022	CONTRATISTA

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 5 PCI SINCELEJO - 17 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
		*** Documentos de tenencia o posesión de viviendas:** El Contratista de obra menciona que se ha encontrado viviendas que no se encuentran los habitantes al momento de realizar las encuestas o con personas que no cuentan con los recursos para hacer los trámites de consecución de los documentos que acrediten la tenencia o posesión de las viviendas, por lo que el Consorcio Turquía procedió con la colaboración en la gestión ante las Entidad pertinentes para conseguir la tenencia que acredite que el predio o vivienda son de propiedad o posesión de la persona que habita la casa. La Entidad solicitó mencionar si está solucionado los inconvenientes de la entrega de la documentación con vigencia de la tenencia o posesión de las viviendas por parte de las Entidades que lo emiten y se requirió identificar las casas que no cuentan con la información respectiva, para que de parte de ENTerritorio realice su gestión con la Alcaldía o Entes territoriales correspondientes para la generación del documento al propietario o tenedor del predio. El contratista menciona que en referencia a los diagnósticos que ha tenido inconvenientes de documentación, se procedió con la gestión ante las Entidades pertinentes con el fin de contar con el anexo que acredite la tenencia del predio. *** Forma de pago viviendas no efectivas** Los diagnósticos no efectivos no pueden ser reconocidos, los únicos que se reconocen son las viviendas ejecutadas que cuentan con entrega a satisfacción. Es importante aclarar que el costo de la obra es a valor global, por lo tanto se pagará las viviendas efectivas y entregadas a satisfacción. Las viviendas no efectivas deben ser registradas y documentadas del por qué fueron no efectivas para justificarle al Ministerio de Vivienda su no ejecución, las cuales se deben presentar a Interventoría para su control. Únicamente se diligencia el formato PCI-003 y soporte correspondiente del por qué no es efectiva.		
		El Consorcio Turquía pregunta que, si los beneficiarios tienen baño en buenas condiciones, pero no tienen lavadero y tampoco tanque elevado, ¿Se puede hacer intervención de conexión o intradomiciliaria? La Entidad menciona que si las conexiones hidráulicas están funcionando actualmente y se le realiza construcción de tanque, este debe quedar conectado al sistema, para el suministro de agua en todos los aparatos de la vivienda.		

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 5 PCI SINCELEJO - 17 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
3	Actividad 3 Ejecución de obra	**Compromisos anteriores:** **1. Entrega definición de enchape o cambio de la especificación técnica. 16/05/2022 CONTRATISTA.** Se menciona por Interventoría que no se recibió la definición del enchape. El contratista menciona que se tienen cotizaciones, no se ha encontrado material de 20x20, pero sí de color diferente al institucional, se está tratando conseguirla igual a lo definido en las especificaciones. Se propuso un material de 20X20 con color beige, por lo que se procederá a solicitar al proveedor las especificaciones técnicas para proceder con la presentación de manera formal a la Interventoría con el requerimiento de cambio. La Entidad manifestó que el enchape a elegir debe ser el mismo que se instale en el piso y la pared, y debe ser antideslizante, por lo tanto el consorcio Turquía debe agilizar el trámite ante la Interventoría para tomar una decisión lo más pronto posible, ya que el inicio de la Actividad 3 “Ejecución de obras” tiene como fecha programa da para el día 25 de mayo de 2022. El Contratista de obra mencionó que el proveedor cuenta con disponibilidad para entrega de las cantidades requeridas para el proyecto. Se solicitó por Interventoría que se debe remitir en la solicitud de cambio de especificación, un análisis técnico del por qué se está requiriendo el cambio del elemento, el cual debe ir acompañado de una descripción del material, ficha técnica y aclaración que este no cambia el valor unitario del ítem contractualmente establecido. Finalmente es importante se remita y certifique la disponibilidad del material durante toda la obra. Se presenta al Ing. Rafael Vergara ingeniero HSEQ de Interventoría quien va a realizar el seguimiento de los planes presentados por el Consorcio Turquía, se le menciona al Contratista de obra que se requiere la entrega de pago de planillas del personal, licencias ambientales, títulos mineros, entre otros. En los documentos contractuales el contratista debe entregar informes semanales a la Interventoría. El Contratista de obra menciona que entregará la información de planillas de seguridad a la Interventoría y se está en la gestión de solicitud de los documentos pertinentes de las canteras para ser entregados a Interventoría. En cuanto a los programas, se solicita dar cumplimiento con lo establecido en el PMA en cuanto al acopio de los materiales, con el fin de cumplir con lo establecido por el contratista. **2. Remitir comunicación de solicitud de rotura de cajas de inspección a Interventoría y ENTerritorio, que fue radicada en la Alcaldía. 11/05/2022 CONTRATISTA** Se menciona por Interventoría que no se recibió copia de las comunicaciones sobre la solicitud de rotura. El Contratista menciona que el documento fue emitido a las Entidades correspondientes, sin embargo no se ha copia a la Interventoría, se solicitó por el contratista incluir en comité de aprobación a	1. Entregar concepto de definición de enchape o cambio de la especificación técnica 20/05/2022 2. Remitir la comunicación de solicitud de rotura de cajas de inspección a Interventoría y ENTerritorio, que fue radicada en la Alcaldía. 24/05/2022 3, Remitir la comunicación de solicitud de rotura de cajas de inspección a Interventoría y ENTerritorio, que fue radicada en la Alcaldía. 24/05/2022 4, Invitar a comité a representantes de Veolia para próximo comité. Ing. Oscar Salcedo, Representante ESP, Alcaldía y PDA (Ing. Javier). Cada quince (15) días. 5. Remitir carta de los micromedidores a la Entidad correspondiente.	CONTRATISTA CONTRATISTA CONTRATISTA INTERVENTORIA CONTRATISTA

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 5 PCI SINCELEJO - 17 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
		los representante de Veolia y Alcaldía. La Entidad e Interventoría mencionaron que se procederá a realizar la invitación de los representantes solicitados para el próximo comité de seguimiento. **3. Remitir carta de los micromedidores a la Entidad correspondiente. 11/05/2022 CONTRATISTA** No se remitió por el contratista, el compromiso se actualiza con fecha de cumplimiento para el próximo comité. **4. Remitir las especificaciones técnicas del prestador de servicios públicos por parte de ENTerritorio – ENTIDAD** Se cumplió el compromiso por parte de la Entidad. ***Inicio de actividades de obra.** Teniendo en cuenta que el inicio de la Actividad 3 tiene como fecha a partir del 25 de mayo de 2022 se solcito al Contratista de Obra dar cumplimiento con la obligación y lo programado en el cronograma del proyecto. El contratista se comprometió a iniciar con 20 unidades sanitarias de las viviendas diagnosticadas, las cuales serán entregadas al finalizar la semana, ya que el plazo de ejecución por casa es de 5 días.	PENDIENTE CONTRATISTA 6. Terminar 20 intervenciones de viviendas. 29/05/2022	CONTRATISTA
4	Actividad 4 Instalación Punto de Información	"Se está revisando el tema de las inclusiones, ya que hay personas que se han acercado y se deben realizar la recepción de las PQR´s, se les remitirá el protocolo para cumplir con tiempos establecidos dentro de este documento para realizar el proceso de los solicitantes. En cuanto a la veeduría, ¿Se ha realizado alguna socialización? Se menciona que se realizó el día viernes la conformación de la veeduría con postulación de 5 personas, no se ha programado reunión de primer encuentro. Este tema debe pasar por personería de la Alcaldía, por lo tanto se está a la espera de su confirmación. Se solicita al Contratista tener en cuenta el cumplimiento de la contratación de mano de obra de la región conforme a los pliegos de condiciones y deben regirse a la norma metodológica. Link informático. No se ha generado por parte de la Entidad, se espera que esta semana se realice la creación del link por la alcaldía, si el día viernes se debe notificar a la Entidad para gestionar ante la Alcaldía.		

Programa de Proyecto
<Relación de todas actividades que presentan atraso indicando los días de atraso y acción correctiva> Se revisará el cumplimiento de la ruta crítica. En el informe semanal, se anexa archivo del programa de proyecto con porcentaje de avance en todas las actividades.
Aspectos Administrativos

<Verificación de pagos de salud, pensión y demás, manejo ambiental, seguridad industrial, programa de salud ocupacional, aspectos sociales, permisos y licencias, gestión de servicios públicos, Otros>
Aspectos Presupuestales:
<Disponibilidad y aplicación de recursos económicos al desarrollo del objeto contractual, verificación de balances de actividades ejecutadas ejecución financiera del contrato, Otros>
Riesgos
<Riesgos detectados y acciones implementadas para su eliminación, mitigación o transferencia. Si se trata de un contrato de obra, relacione los profesionales expertos que asistieron al Comité indicando su especialidad y las recomendaciones dadas por cada uno de ellos.>
Aspectos sociales y/o ambientales

ACCIONES FORMULADAS EN BASE A LA PRESENTE ACTA

Este aparte se repite tantas veces como nuevas Acciones del Proyecto o compromisos se identifiquen **Acción de Proyecto No. ____** < No. De consecutivo único para todo proyecto, el cual se debe ser registrado en el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto> >	
Responsable por Contratista	N/A
Responsable por Interventoría	N/A
Fecha programada cumplimiento	N/A
escriba la No Conformidad o compromiso.	
Describa las acciones a implementar.	

Se anexa y forma parte integral de esta acta el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto actualizado a la fecha.

PARTICIPANTES		
NOMBRE	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ	Firma
En Representación de	ENTerritorio	
Correo electrónico	Jamon@enterritorio.gov.co	
Teléfono	3203518734	
NOMBRE	LINA PATRICIA OTALVARO LOPEZ	Firma
En Representación de	ENTerritorio	
Correo electrónico	lotalvar@enterritorio.gov.co	
Teléfono		
NOMBRE	JOSE IGNACIO CARDENAS	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico	Coordinadorturquiapci@gmail.com	
Teléfono	3142996037	
NOMBRE	WILLIAM ANTONIO MARTÍNEZ PALOMINO	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	MILAGRO MERCADO CONTRERAS	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		

PARTICIPANTES		
NOMBRE	WILBERTO ECHAVARRIA DÍAZ	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	WENDY JHOANA TRUJILLO	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	EDGAR ALFONSO ARAGON OTERO	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico	earagon@gavinco.com	
Teléfono	3175769086	
NOMBRE	HECTOR MAURICIO JUNCO MORALES	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico	hjunco@gavinco.com	
NOMBRE	SANDRA CONTRERAS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		
NOMBRE	JULY RIOS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

Firma_____
Nombre: William Antonio Martínez Palomino
CONTRATISTA[1]

Firma_____
Nombre: Edgar Alfonso Aragón
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA

Firma_____
Nombre: JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ
SUPERVISOR ENTerritorio

Para uso exclusivo del supervisor de ENTerritorio: utilice el siguiente espacio de observaciones en caso de no haber asistido a la reunión (aquí deberá expresar su opinión acerca de los temas tratados y sus recomendaciones al respecto):

FIRMA SUPERVISOR ENTerritorio

Original: ENTerritorio
Copia: interventoría
Copia: contratista

[1] En caso de obra: director de obra, en caso de consultoría: director de consultoría, en otros : representante legal o apoderado.
Para el seguimiento de los contratos de interventoría, no aplica firma en este campo.

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.fonade.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@fonade.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

ACTA No:	006
FECHA:	2022/05/24
CONTRATO No:	2220585 de 2022
OBJETO:	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS Y DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO, DEPARTAMENTO DE SUCRE

SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES Y COMPROMISOS DEL PROYECTO

Acción de Proyecto No. ____ <No. De consecutivo único para todo proyecto, el cual se encuentra en el FMI054 Cuadro de control de trazabilidad de acciones de proyecto. Este aparte se repite tantas veces como Acciones del Proyecto o compromisos existan.>			
Responsable por Contratista	NA		
Responsable por Interventoría	NA		
Fecha programada cumplimiento	NA	% de avance	NA
Indique el avance en ejecución de las acciones o compromisos previos.			
Si la acción o compromiso se encuentra incumplida, indique las causas y los recursos a asignar.			

Se anexa y forma parte integral de esta acta el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto actualizado a la fecha.

TEMAS PRESENTE ACTA

1 Actividad 1.Diseño de Prototipos
2 Actividad 2 Inicio diagnósticos
3 Actividad 3 Ejecución de obra
4 Actividad 4 Social

Aspectos Técnicos

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 6 PCI SINCELEJO - 24 DE MAYO DE 2022

No.	Descripción	Avance	Compromiso	Responsable
1	Actividad 1. Diseño de Prototipos	**Compromisos anteriores:** **1. Concepto Actividad 1 Contratista 18/05/22. NO SE CUMPLIO.** Interventoría menciona que el día 18 de mayo de 2022 se recibió el análisis matemático del volcamiento y el día de ayer 23 de mayo de 2022 el plano de las columnetas de confinamiento y los estribos, sin embargo se reiteró por Interventoría que no se ha atendido la solicitud inicial de la emisión del concepto por parte del especialista Estructural de obra sobre el volcamiento y el Ro, por lo tanto mediante correo electrónico del día 25 de mayo de 2022 se procedió devolver con observaciones no atendidas por parte del	Concepto Actividad 1 Contratista 25/05/22	CONTRATISTA

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 6 PCI SINCELEJO - 24 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
		Consorcio Turquía. El Consorcio Turquía manifestó compromiso de atención de las observaciones no subsanadas el día 25 de mayo de 2022 con la atención de observaciones.		
2	Actividad 2 Inicio diagnósticos	**Compromisos anteriores:** **1. Próxima semana para el martes 24 de mayo de 2022 se tengan aprobados 58 diagnósticos acumulados.** **Viviendas aprobadas: 58.** **Viviendas visitadas: 374.** **Viviendas programadas a corte domingo 22 de mayo de 2022 (Con aprobación): 219.** Se menciona por Interventoría que se cumplió parcialmente, ya que a la fecha del último comité de aprobación se dio concepto favorable de 49 diagnósticos para un acumulado de 57 diagnósticos de las viviendas priorizadas según la matriz tres momentos entregada por la Entidad. **2. Se entregarán a Interventoría un total de 70 diagnósticos de hoy al martes 24 de mayo de 2022** No se cumplió ya que se recibió por Interventoría un total de 60 diagnósticos, los cuales fueron revisados y devueltos con observaciones por parte de la firma interventora. **TEMAS COMITE** *** Revisión de diagnósticos a la fecha de comité de seguimiento.** Viviendas aprobadas: 57 Viviendas programadas (Con aprobación): 219 Viviendas efectivas: 246 Viviendas no efectivas: 3 Viviendas visitadas: 267 *** Solicitud de inclusión.** El Contratista mencionó que se recibió una solicitud de inclusión por parte de una habitante de la comunidad quien manifestó que no fue contenida en la evaluación primaria realizada por el Ministerio de Vivienda, ya que esta no se encontraba en su residencia. Interventoría solicitó remitir la documentación y revisión, con el fin de poder realizar el traslado de la inclusión a la Alcaldía de municipio de Sincelejo – Sucre, quien deberá autorizar si es pertinente aprobar al peticionario. El área social de ENTerritorio mencionó que se debe verificar el protocolo	1. Próxima semana para el martes 31 de mayo de 2022 se compromete a tener aprobados 118 diagnósticos acumulados por Interventoría Viviendas aprobadas: 118 Viviendas visitadas: 267 Viviendas programadas a corte domingo 29 de mayo de 2022 (Con aprobación): 285 2. Reunión el día de mañana 25 de mayo de 2022 con el fin de verificar si se está filtrando la matriz para revisar los predios si están en riesgo. Posteriormente a esto se remitirá oficio o no. 3. Carta informando las viviendas que se encuentran en zona de riesgo. Próximo comité.	CONTRATISTA CONTRATISTA E INTERVENTORIA CONTRATISTA

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 6 PCI SINCELEJO - 24 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
		de las revisiones entregado por la Entidad, en donde establece que la Interventoría es quien debe informar a la Alcaldía de Sincelejo – Sucre en el plazo de los tres (3) días siguientes al recibo de la solicitud de inclusión. De acuerdo a lo manifestado el Contratista de Obra debe entregar la documentación completa a Interventoría dentro del plazo definido para proceder con el trámite pertinente. La Alcaldía (Ing. Oscar Salcedo) mencionó que para que para realizar el seguimiento y gestión con el fin de que se tenga respuesta en la mayor brevedad se radiquen las solicitudes con copia a él. *** Zonas de Riesgo.** El Consorcio Turquía mencionó que se ha tenido inconvenientes con la comunidad con viviendas que se encuentran en zonas de riesgos y ellos manifiestan que no están ubicados o catalogadas sus residencias en dicha zona. La Alcaldía mencionó que hay áreas de sesión y sectores demarcadas como zonas de riesgo porque están en la ronda del rio o cercanas a los gasoductos que pasan por el sector, adicionalmente se identificó predios que por sus condiciones topográficas se catalogaron como en zonas de riesgo. El Contratista manifestó que de acuerdo a los planos suministrados por el FOVIS se evidencio que hay predios muy cercanos a los gasoductos, los cuales presentan la situación de que estos estén con la mitad del lote en zona de riesgo y la otra no, se solicitó definir si estos sectores que presentan lo mencionado son efectivas o no para el programa, se presenta este inconveniente en tres (3) viviendas. La Entidad mencionó que la secretaria de planeación de la Alcaldía es quien debe informar si las viviendas se encuentran en la zona de riesgo o no, por lo tanto, el contratista debe remitir carta a la Interventoría informando la situación, quien a su vez realizará el trámite y trazabilidad con la Alcaldía de Sincelejo – Sucre para que está de su concepto respectivo. El Contratista de Obra relacionó que las manzanas 44, 47, 50 y 53 se presentan la situación antes mencionada, por lo que la Alcaldía ratificó que debe ser informado por el contratista para que se emita su concepto. La Entidad menciona que el contratista remitirá comunicación informando las viviendas, manzana, dirección y código beneficiario para revisar que se debe hacer con estas tres viviendas. **Orden Público.** El Contratista mencionó que se presentó una situación por orden público con una encuestadora, ya que fue objeto de un delincuente que intento atracarla, se realizó el llamado a la línea 123 de emergencias y se puso la denuncia respectiva.		

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 6 PCI SINCELEJO - 24 DE MAYO DE 2022

No.	Descripción	Avance	Compromiso	Responsable
3	Actividad 3 Ejecución de obra	**Compromisos anteriores:** **1. Entrega definición de enchape o cambio de la especificación técnica. Se solicita entregar al Contratista el día viernes 20 de mayo de 2022.** La Interventoría mencionó que a la fecha no se ha remitido solicitud de cambio de especificaciones de parte del Consorcio Turquía. El contratista de Obra manifestó que el proveedor presentado en comité de seguimiento de la semana pasada no le aseguro poder garantizar la cantidad solicitada, por lo tanto, se presentó un nuevo enchape con dimensiones 0,4x0,4 color beige antideslizante. La Entidad menciona que el material puede cumplir pero se debe asegurar que todas las intervenciones debe ir con este tipo de enchape y no puede ser cambiado en el transcurso de la ejecución del proyecto, se debe verificar en la ficha técnica que debe ser antideslizante y que se tenga disponibilidad. Interventoría manifiesta que no se tiene inconveniente y solicita rea presentado para su estudio, el Consorcio Turquía se compromete a entregar la documentación solicitada el día de hoy 24 de mayo de 2022. **2. Remitir comunicación de solicitud de rotura de cajas de inspección a Interventoría y ENTerritorio, que fue radicada en la Alcaldía. PENDIENTE CONTRATISTA** Está pendiente. Este tema se tratará con la Ing. Alexandra Duran de la ESP Veolia. ENTerritorio solicitó elevar la consulta por el contratista para revisar el tema en comité. El Consorcio Turquía realizo un recuento del proyecto relacionó que en las actividades se realizará rotura de cajas de inspección que están ubicadas por fuera de la vivienda, por lo tanto, se requiere el acompañamiento de la ESP para realizar dichas actividades conforme a las normas y obtener su aprobación. Veolia mencionó que dentro del convenio ellos están obligados a realizar el acompañamiento, sin embargo estas conexiones han sido una actividad propia del usuario y ellos dan su aval si cumplen con las especificaciones técnicas establecidas de cada una de las conexiones y cajas construidas, pese a esto y teniendo en cuenta que el programa de conexiones intradomiciliarias realizará la Intervención de diferentes viviendas, la ESP no cuenta con la capacidad operativa de estar pendiente a la ejecución de las obras de cada una de ellas y emitir su concepto favorable. Por lo tanto manifiesta que se dará respuesta al requerimiento del Contratista de Obra en el sentido que se emitirá un procedimiento con la metodología que debe seguir el contratista al momento de las obras con el fin de que se garantice con las especificaciones técnicas de la ESP. ENTerritorio mencionó que se trasladaron las especificaciones técnicas de	1, Se remitirá a Interventoría solicitud de cambio de enchape con carta el día FGG29, cotizaciones, APU, para el día 24 de mayo de 2022. Justificado aspecto financiero, económico y técnico. 2. El contratista entregará ficha técnica del micromedidor el día, antes de su compra.	CONTRATISTA CONTRATISTA

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 6 PCI SINCELEJO - 24 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
		la Empresa al contratista de obra para que se rija con los requisitos establecidos por la ESP para la ejecución de las obras. El Ministerio de Vivienda en los documentos contractuales, requirió en el proyecto que la ejecución de las obras pertenecientes a la Empresa deben ser revisadas, concertadas y validadas por la ESP para el reconocimiento de las actividades al contratista de obra, por tal motivo fue llamada a comité de seguimiento para que se diera los lineamientos a seguir para obtener el certificado de paz y salvo de cada una de las viviendas.		
		La ESP mencionó que se le debe dar claridad al Ministerio sobre los alcances de la Empresa y se reiteraron las alternativas dadas en comité, entre la que está que se dará el concepto de recomendaciones para ejecución de obras y se puede realizar una revisión aleatoria de lagunas conexiones para verificar el cumplimiento ya que no se cuenta con la capacidad para realizar la verificación de las cantidades programadas por el contratista de obra y también la interventoría podría dar aval de las instalaciones realizadas, para que con base a esto la ESP emitirá su certificación de paz y salvo de las viviendas objeto del programa. La ESP dará respuesta al comunicado entregado por el contratista de obra, quien deberá informar tanto a la Interventoría como a la Entidad, quienes realzarán el trámite pertinente ante el Ministerio de Vivienda para obtener su aval. **3. Invitar a comité a representantes de Veolia para próximo comité. Ing. Oscar Salcedo, Representante ESP, Alcaldía y PDA (Ing. Javier). Cada quince (15) días.** Se cumplió. **4. Remitir carta de los micromedidores a la Entidad correspondiente. PENDIENTE CONTRATISTA** La ESP menciona que el tema no es claro, se entiende que se han robado los micromedidores y se tienen beneficiarios para realizar la instalación del elemento a cada una de las viviendas priorizadas. Con respecto a la instalación del micromedidor el Contratista de Obra debe acogerse a las especificaciones y fichas técnicas de la ciudad, esta debe ser avalada por la Empresa y debe estar acorde a los requisitos de la ESP. ENTerritorio menciona que donde no se encuentre el micromedidor debe instalarse el elemento y hace parte de la domiciliaria y deberá ser concertada con la ESP.La ficha técnica debe ser avalada por la Empresa antes de su instalación. **5. La siguiente semana el contratista iniciará con 20 viviendas para ejecución.** El contratista menciona que se está realizando la actividad de traslado de material a cada una de las viviendas. Se pregunta por Interventoría si el		

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 6 PCI SINCELEJO - 24 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
		contratista cuenta con toda la documentación de afiliaciones, el contratista menciona que esta información se ha ido remitiendo al residente HSEQ de Interventoría. Se recomendó por Interventoría remitir la documentación con dos (2) días de anticipación para revisión y aprobación del ingreso de personal de mano de obra. La Entidad menciona que se debe tener en cuenta los porcentajes de trabajadores de la región según los pliegos, y el porcentaje de personal femenino en el contrato.		
		TEMAS COMITÉ *** Chapa metálica de bola y puerta** En comité se muestra la imagen de una puerta y chapa a implementar por el Consorcio Turquía para el programa de conexiones intradomiciliarias. La Entidad mencionó que la especificación es clara y el contratista debe ajustarse a los pliegos, el color de la puerta debe ser blanco o si se desea cambiar debe ser solicitado el ajuste a Interventoría quien dará su concepto. * Ingreso Personal de Obra: Interventoría menciona que se solicitó certificados de afiliaciones de los trabajadores en cuanto a las actividades del tanque elevado necesitará el certificado de trabajo en alturas, por lo tanto se solicita al Contratista de obra presentar la información completa. *** Anticipo.** La entidad está realizando el trámite e informará si el día de hoy queda radicado, el desembolso se realiza en diez días hábiles. *** Tanque** Las columnetas quedaron de tres aceros longitudinales y el contratista está pendiente de conceptos para dar aprobación definitiva por Interventoría.		
4	Actividad 4 Instalación Punto de Información	* La Residente de Interventoría mencionó que se presentó inconformidad ya que la valla no tiene el valor total del contrato de obra e Interventoría. La Entidad menciona que no es un producto del contratista y este se entrega por la Entidad para su implementación, se podría tratar el tema en reuniones y entregar contratos para su verificación. * La social del contratista menciona que está al día en los temas sociales. Se menciona tema de seguridad en campo ya que se tuvo una situación por un robo que no se perpetuo a una encuestadora en campo, se informó a la línea 123. * La Interventoría menciona sobre el link informativo en la página web ya que no se ha tenido información clara por la Alcaldía. La alcaldía revisará la información y solicitará el trámite interno con sistemas, Se remitirá el Plan de gestión social	Plan de Gestión Social a la Alcaldía 25/05/2022	Interventoría.

COMITÉ DE SEGUIMIENTO NO. 6 PCI SINCELEJO - 24 DE MAYO DE 2022				
No.	**Descripción**	**Avance**	**Compromiso**	**Responsable**
		* Respecto al inicio de las obras se solicita realizar acompañamiento a cada una de las viviendas por parte del área social, mencionándole al beneficiario el tipo de intervención que tendrá.		

Programa de Proyecto
<Relación de todas actividades que presentan atraso indicando los días de atraso y acción correctiva> Se revisará el cumplimiento de la ruta crítica. En el informe semanal, se anexa archivo del programa de proyecto con porcentaje de avance en todas las actividades.
Aspectos Administrativos
<Verificación de pagos de salud, pensión y demás, manejo ambiental, seguridad industrial, programa de salud ocupacional, aspectos sociales, permisos y licencias, gestión de servicios públicos, Otros>
Aspectos Presupuestales:
<Disponibilidad y aplicación de recursos económicos al desarrollo del objeto contractual, verificación de balances de actividades ejecutadas ejecución financiera del contrato, Otros>
Riesgos
<Riesgos detectados y acciones implementadas para su eliminación, mitigación o transferencia. Si se trata de un contrato de obra, relacione los profesionales expertos que asistieron al Comité indicando su especialidad y las recomendaciones dadas por cada uno de ellos.>
Aspectos sociales y/o ambientales

ACCIONES FORMULADAS EN BASE A LA PRESENTE ACTA

Este aparte se repite tantas veces como nuevas Acciones del Proyecto o compromisos se identifiquen **Acción de Proyecto No.** ____ < No. De consecutivo único para todo proyecto, el cual se debe ser registrado en el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto> >	
Responsable por Contratista	N/A
Responsable por Interventoría	N/A
Fecha programada cumplimiento	N/A
escriba la No Conformidad o compromiso.	
Describa las acciones a implementar.	

Se anexa y forma parte integral de esta acta el FMI054 Cuadro de control y trazabilidad de acciones de proyecto actualizado a la fecha.

PARTICIPANTES		
NOMBRE	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ	Firma
En Representación de	ENTerritorio	
Correo electrónico	Jamon@enterritorio.gov.co	
Teléfono	3203518734	

PARTICIPANTES		
NOMBRE	LINA PATRICIA OTALVARO LOPEZ	Firma
En Representación de	ENTerritorio	
Correo electrónico	lotalvar@enterritorio.gov.co	
Teléfono		
NOMBRE	JOSE IGNACIO CARDENAS	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico	Coordinadorturquiapci@gmail.com	
Teléfono	3142996037	
NOMBRE	WILLIAM ANTONIO MARTÍNEZ PALOMINO	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	MILAGRO MERCADO CONTRERAS	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	WILBERTO ECHAVARRIA DÍAZ	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	WENDY JHOANA TRUJILLO	Firma
En Representación de	Consorcio Turquía	
Correo electrónico		
NOMBRE	EDGAR ALFONSO ARAGON OTERO	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico	earagon@gavinco.com	
Teléfono	3175769086	
NOMBRE	HECTOR MAURICIO JUNCO MORALES	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico	hjunco@gavinco.com	
NOMBRE	SANDRA CONTRERAS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		
NOMBRE	JULY RIOS	Firma
En Representación de	Gavinco SAS	
Correo electrónico		
NOMBRE	JAVIER GENEY	Firma
En Representación de	Aguas de Sucre	
Correo electrónico		
NOMBRE	OSCAR SALCEDO	Firma
En Representación de	Supervisión del convenio de la Alcaldía Sincelejo.	
Correo electrónico		
NOMBRE	Alexandra Duran	Firma
En Representación de	VEOLIA	
Correo electrónico		

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella.

Firma_____
Nombre: William Antonio Martínez Palomino
CONTRATISTA[1]

Firma_____
Nombre: Edgar Alfonso Aragón
DIRECTOR DE INTERVENTORÍA

Firma_____
Nombre: Juan David Amon Rodríguez
SUPERVISOR ENTerritorio

Para uso exclusivo del supervisor de ENTerritorio: utilice el siguiente espacio de observaciones en caso de no haber asistido a la reunión (aquí deberá expresar su opinión acerca de los temas tratados y sus recomendaciones al respecto):

FIRMA SUPERVISOR ENTerritorio

Original: ENTerritorio
Copia: interventoría
Copia: contratista

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.fonade.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@fonade.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914

[1] En caso de obra: director de obra, en caso de consultoría: director de consultoría, en otros : representante legal o apoderado.
Para el seguimiento de los contratos de interventoría, no aplica firma en este campo.

502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

Anexo 8. Formato de registro fotográfico.

NOMBRE DEL PROYECTO:	Interventoría técnica, administrativa, de control financiero, presupuestal, social y ambiental para el chequeo, validación de prototipos y diagnóstico, concertación, intervención y gestión social para la ejecución del programa de conexiones intradomiciliarias de acueducto y alcantarillado, en el municipio de Sincelejo, departamento de Sucre.
LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO:	Barrio El Poblado de Sincelejo (Sucre)
CONTRATISTA:	Consorcio Turquía
CONTRATO DE OBRA No.:	2220577
INTERVENTOR:	GAVINCO Ingenieros Consultores SAS
CONTRATO DE INTERVENTORIA No.:	2220585
FECHA DEL REGISTRO FOTOGRÁFICO:	**30 de mayo de 2022**

FOTOGRAFÍA (1)



(1) Tamaño 10 X 14 u 8 X 12 para fotos de perspectiva; y tamaño 7.5 x 10 u 6 X 8 para Fotografías que muestren detalles.

Texto explicativo de la fotografía. Socialización casa a casa en el barrio el poblado

FOTOGRAFÍA (2)



Texto explicativo de la fotografía. Colocación de stickers para la codificación de las viviendas.

FOTOGRAFÍA (3)



Texto explicativo de la fotografía. Vistas e las sociales a los posibles beneficiarios.

FOTOGRAFÍA (4)



Texto explicativo de la fotografía. Llegada de materiales pétreos al lugar de acopio.

FOTOGRAFÍA (5)



Texto explicativo de la fotografía. Llegada de materiales al barrio el poblado.

FOTOGRAFÍA (6)



Texto explicativo de la fotografía. Toma de medidas en las viviendas.

Anexo 9. Bitácora de Obra

→ Fecha: 02 de Mayo de 2022 Lunes.
Hora de Inicio: 7:30 AM
Hora de finalizacion: 5:00 PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gaviinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua potable y saneamiento basico en la ciudad de Sincelejo.
personal en la Obra: Residente de obra, Residente de Interventoria, 3 sociales (contratista), 1 social de Interventoria, 1 Auxiliar Social Interventoria, 1 Inspector de obra, 4 Encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy llega a obra una auxiliar de Social por parte de la Interventoria, como tambien un Inspector de obra.
por parte del contratista se presentan 4 encuestadores y realizan 24 encuestas de diagnostico.
los Residentes nos reunimos para organizar el Tema para colocar los Stikers en las viviendas.

Clima: Soleado
Equipos y materiales: Formatos de encuestas, Lapiceros, flexometros, Planillenos, dotacion del personal.

Residente de Interventoria

Residente de obra

Escaneado con CamScanner

→ fecha: 03 de Mayo de 2022 Martes
Hora de Inicio: 7:00 AM
Hora de finalización: 5:00 PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores SAS
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la ciudad de Sincelejo.
Personal en la obra: Residente de obra, 3 Sociales (contratista), 1 Auxiliar Social Interventoria, 1 Inspector de obra, 8 encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy llegan 2 encuestadores nuevos Por Parte del contratista. a la obra.
Se Presentan 8 encuestadores y realizan 52 encuestas de diagnostico.

Clima: Soleado
Equipos y materiales: formatos de encuestas, Lapiceros, flexometros, Planilleros. dotación del Personal.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ Fecha: 04 de Mayo 2022 Miercoles
Hora de Inicio: 7:00 AM
Hora de finalización: 5:00 PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la ciudad de Sincelejo.
Personal en la obra: Residente de obra, 2 Sociales (contratista) 1 Auxiliar Social Interventoria, 1 Inspecto de obra, 8 encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy llega a obra 1 encuestador nuevo Por Parte del contratista.
Se Presentan 8 encuestadores, se trabajo de corrido hasta la 1:00 PM, donde se realizan 21 encuestas hasta está hora.
A Partir de las 2:00 PM se realizó una reunión en la oficina del consorcio Por Parte del contratista en compañia con el contratista y el director de obra aclarando las dudas que se tenían con las encuesta de diagnostico.

Clima: Soleado.
Equipos y materiales: formatos de encuestas, Lapiceros flexometros, Planilleros, dotación del Personal.

Residente de Interventoria

Residente de Obra

Escaneado con CamScanner

→ fecha: 05 de Mayo 2022 Jueves
Hora de Inicio: 9:00AM
Hora de finalización: 3:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento basico en la ciudad de Sincelejo.
Personal en la obra: Residente de obra, 3 Sociales (contratista), 1 social (Interventoria), 1 Auxiliar social Interventoria, 1 Inspector de obra.

Actividades: El Personal encuestador hoy no se Presento en campo, Porque estan haciendo trabajo de oficina, digitalizando las visitas anteriores.
Con el Personal Presente en obra se Procede hacer la Verificación Casa a casa de Posibles beneficiarios que se encuentren en la matriz inicial y se habia Programado una reunión a las 4:00PM, Para definir el tema de la Veeduria, Pero se cancelo Por motivos de orden Público y Por la tarde se realizó trabajo de oficina.

Clima: Soleado
Equipos y Materiales: Lapiceros, Stickers, Planilleros, dotación del Personal.

Residente de Interventoria Residente de obra

→ fecha: 06 de Mayo 2022 Viernes
Hora de Inicio: 8:00AM
Hora de finalización: 1:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento basico en la ciudad de Sincelejo.

Actividades: En el dia de hoy no se trabajo en campo, Por motivos de orden Público, Pero el contratista organizó Para digitalizar los diagnosticos.

Residente de Interventoria Residente de Obra

→ fecha: 07 de Mayo 2022 Sabado
Hora de Inicio: 8:00AM
Hora de Finalización:
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Actividades: No se trabajó en campo en el dia de hoy Por motivos de Orden Público, Pero el contratista organizo Para digitalizar los diagnosticos.

Residente de Interventoria Residente de Obra

Escaneado con CamScanner

Fecha: 09 de Mayo 2022 Lunes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la Ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 3 sociales (contratista), Residente Interventoria, 1 social (Interventoria), 1 Auxiliar Social Interventoria, 1 Inspector de obra, 5 encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy llega a obra 1 encuestador nuevo Por Parte del contratista.
Se Presentan 5 encuestadores, los cuales realizan 27 encuestas.
Las Sociales hacén la numeración de las viviendas Por manzana, que a estas se le han realizado los diagnosticos.

Clima: Nublado en las horas de la mañana.
1:40 PM — 2:30 PM Lluvias.
Equipos y Materiales: formato de encuestas, LaPiceros, flexometros, Planilleros, dotación del Personal, stickers.

Residente de Interventoría

Residente de obra

Fecha: 10 de Mayo 2022 Martes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la Ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 2 sociales (contratista), 1 Auxiliar Social Interventoria, 1 Inspector de obra, 3 encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy se Presentan 3 encuestadores, lo cual realizan 17 encuestas.
Las sociales hacén la numeración de las viviendas Por manzanas, a las que ya se les han realizado los diagnosticos.
En las horas de la tarde, a Partir de las 3:00Pm, el Residente de obra, el Residente de Interventoria, Director de obra, Director de Interventoria, Social Interventoria, Social Contratista Coordinador de Proyectos Interventoria y Representante de enterritorio, tuvieron un Comité evaluativo.

Clima: Soleado.
Equipos y Materiales: formato de encuestas, LaPiceros, flexometros, Planilleros, dotación del Personal, Stickers.

Residente de Interventoría

Residente de obra

Escaneado con CamScanner

→ Fecha: 11 de Mayo 2022 Miercoles
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 3 sociales (contratista) 1 Social (Interventoria), 1 Auxiliar social Interventoria, 1 Inspector de obra.

Actividades: En el dia de hoy las sociales realizán la nómeración de las Viviendas Por manzana, a las que Ya se les han realizado los diagnosticos En oficina se revisarón los formatos e hicierón la digitalización de los diagnosticos.

Clima: Nublado en las horas de la mañana 12:00 — 5:00PM Soleado.
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometros, Planilleros, dotación del Personal, stickers.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ Fecha: 12 de Mayo 2022 Jueves
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 3 sociales (contratista) 1 Social (Interventoria), 1 Auxiliar social Interventor, 1 Inspector de obra.

Actividades: En el dia de hoy las sociales realizán la verificación Casa a casa de Posibles beneficiarios que se encuentren en la matriz inicial y tambien hacen la nómeración de las viviendas Por manzana, a las que Ya se les han realizado los diagnosticos.
El Personal encuestador, hoy no se Presentó en campo, Porque están haciendo trabajo de oficina, digitalizando las visitas anteriores. En el dia de hoy hubó el primer comité de aprobación, se aprobaron 8 diagnosticos.
Clima: Soleado
Equipos y Materiales: Lapiceros, Stickers, Planilleros, dotación del Personal.

Residente de Interventoria

Residente de obra

Escaneado con CamScanner

→ fecha: 13 de Mayo 2022 Viernes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, Residente de Interventoria 3 sociales (contratista) 1 social Interventoria, 1 Auxiliar social Interventoria, 1 Inspector de obra, 2 encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy las sociales, junto con los encuestadores Proceden hacer la verificación Casa a casa de Posibles beneficiarias que se encuentren en la matriz inicial y también realizan la numeración de las viviendas Por manzana a las que Ya se les han realizado los diagnosticos.
Por la tarde hubo una reunión Para elegir los Veedores, en el barrio el Poblado, en compañamiento con aguas de sucre, alcaldia municipal de Sincelejo, Veolia, Policia Nacional, fovis, Contratista, e interventoria Y la comunidad del Poblado, lo cual se eligieron 6 Veedores.

Clima: 6:30Am — 8:20 Lluvias.
Soleado en la tarde
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del Personal, Stickers.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ fecha 14 de Mayo Sabado
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 1:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable Y Saneamiento básico en la ciudad de sincelejo.

Actividades: En el dia de hoy se trabajo en oficina Por Parte del contratista digitalizando los diagnosticos Y de Interventoria revisión de los diagnosticos.

Clima: Nublado.

Residente de Interventoria

Residente de obra

Escaneado con CamScanner

→ fecha 14 de MaYo Sabado
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 1:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
InterVentor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable Y Sancamiento básico en la ciudad de sincelejo.

Actividades: En el dia de hoY se trabajo en oficina Por Parte del contratista digitalizando los diagnosticos Y de Interventoria revisión de los diagnosticos.

Clima: Nublado.

Residente de InterVentoria

Residente de obra

→ Fecha 16 de MaYo Lunes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable Y Sancamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Actividades: En el dia de hoY se Presentan en campo 5 encuestadores Y realizan 21 encuestas.
Las Sociales realizarón un barrido calle a calle Y Por manzanas Para Verificar quien faltaba Por diagnostico Y terminar de colocar los Stickers de codificación, de igual manera se volvio a rejresar Por las Casas de las Personas que no estaban Para realizarles la Verificación de Posibles beneficiarios que se encuentren en la matri
Tambien se trabajo en oficina, el Personal del contratista

Escaneado con CamScanner

digitalizando los diagnosticos e Interventoria revisando los diagnosticos. El Sabado Por la tarde llegó un viaje de arena de 7m³ y se le recomendó al contratista tomar medidas correctivas sobre los materiales acopiados y las acató, cubriendo los materiales con Plastico.

Clima: 8:00Am – 9:00Am Lluvias
Soleado en la tarde
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del Personal, Stickers.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ fecha: 17 de Mayo 2022 Martes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 2 sociales (contratista), 1 Social Interventoria, 1 Auxiliar Social Interventoria, 1 Inspector de obra, 2 encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy se Presentan en campo 2 encuestadores y realizan 3 encuestas.
Las Sociales realizaron un barrido calle a calle donde socializaron, identificaron los Posibles beneficiarios en la base de dato de 5 manzanas y 26 viviendas.
Por Parte de Interventoria ingreso otro Inspector de obra. nuevo, se hizo trabajo de oficina digitalizando diagnósticos.

Hubo comité de seguimiento de 3 a 5 de la tarde, donde estubieron Presentes, la entidad enterntoño, residente de Interventoria, sociales y contratista. Ingreso de material de 100 bultos de cemento.

Clima: Nublado en las horas de la mañana.
1:00PM – 5:00PM Soleado.
Equipos y Materiales: formatto de encuestas, Lapiceros, flexometros, Planilleros, dotación del Personal.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ fecha: 18 de Mayo 2022 Miercoles
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 3 sociales (contratista), 1 Auxiliar social Interventoria, 2 Inspector de obra.

Actividades: En el dia de hoy las sociales identificaron los Posibles beneficiarios en la base de dato y socializaron el Proyecto en 5 manzanas y 39 viviendas.
Se realizo trabajo de oficina digitalizando diagnósticos y revisandolos. Ingreso de material, ladrillos y bandas de 3/8 y de 1/2.

Clima: Nublado en las horas de la mañana.
2:00PM – 5:00PM Soleado.

Escaneado con CamScanner

Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometros, Planilleros, dotación del Personal.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ fecha: 19 de Mayo 2022 Jueves
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento basico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Ingeniero Residente, 2 sociales (Contratista), 1 Auxiliar social Interventoria, 2 Inspector de obra, 6 encuestadores

Actividades: En el dia de hoy se Presentan en campo 6 encuestadores y realizan 35 encuestas.
Las sociales identificaron los Posibles beneficiarios en la base de dato y socializaron el Proyecto en 4 manzanas y 34 Viviendas. Se hizo trabajo de oficina digitalizando y revisando diagnosticos.
Hubo comité evaluativo de 4 a 5 de la tarde, donde estuvieron Presentes, la entidad enterritorio, residente de Interventoria, Social y contratista. Ingreso de material, Pegante Para ceramica y barilla de 3/8.

Clima: Nublado en las horas de la mañana
1:00PM - 5:00PM Soleado

Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometros, Planilleros, dotación del Personal.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ fecha: 20 de Mayo 2022 Viernes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento basico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, Residente de Interventoria 3 Sociales (contratista) 1 social Interventoria 1 Auxiliar social Interventoria, 2 Inspector de obra, 3 encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy hubo una reunión con los Veedores del barrio, donde Participo, el residente de obra, residente de Interventoria, 1 Social (contratista) 1 social (Interventoria) 1 Inspector de obra y los Veedores.
Se Presentan en campo 3 encuestadores y realizan 6 encuestas. Las sociales identifican los Posibles beneficiarios en la base de dato y socializaron el Proyecto en 2 manzanas y 30 viviendas.
Se hizo trabajo de oficina Por la tarde, digitalizando y revisando diagnosticos. Ingreso de material, malla electrosolda y alambre.

Clima: Soleado.

Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometros Planilleros, dotación del Personal.

Escaneado con CamScanner

Residente de Interventoria

Residente de obra

-> fecha: 21 de Mayo 2022 Sabado
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turqua
Interventor: Gasinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento basico en la ciudad de Sincelejo.

Actividades: En el dia de hoy se trabajo en oficina Por Parte del Contratista digitalizando los diagnosticos y de Interventoria revisión de los diagnosticos.

Clima: Soleado

Residente Interventoria

Residente de obra

Escaneado con CamScanner

Residente de Interventoria

Residente de obra

-> fecha: 21 de Mayo 2022 Sabado
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turfuia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Actividades: en el dia de hoy se trabajo en oficina Por Parte del Contratista digitalizando los diagnosticos y de Interventoria revisión de los diagnosticos.

Clima: Soleado

Residente Interventoria

Residente de obra

-> fecha: 23 de Mayo 2022 Lunes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turfuia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la ciudad de sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 2 sociales (contratista) 1 Auxiliar social Interventoria, 2 Inspector de obra, 3 encuestadores.

Actividades: en el dia de hoy se Presentan en campo 3 encuestadores y realizan 15 encuestas. Las Sociales identificaron los Posibles beneficiarios en la base de dato y Socializaron el Proyecto en 6 manzanas y 48 viviendas.
Se trabajo en Oficina digitalizando y revisando diagnósticos.

Clima: Soleado en las horas de la mañana. 1:30PM – 3:30PM Lluvias
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del Personal stickers.

Residente de Interventoria

Residente de obra

-> fecha: 24 de Mayo 2022 Martes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turfuia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 2 sociales (contratista) 1 Auxiliar social Interventoria, 1 Inspector de obra, 5 encuestadores.

Actividades: En el dia de hoy las sociales identificaron los Posibles beneficiarios en la base de dato y Socializaron el Proyecto en 6 manzanas y 51 viviendas. Se Presentan en campo 5 encuestadores y realizan 25 encuestas.

Escaneado con CamScanner

Se trabajo en oficina digitalizando y revisando diagnósticos y por la tarde hubo comite de seguimiento donde estubieron presentes, la entidad enterritorio, Veolia, Supervisor de la Alcaldia de Sincelejo, Interventoria y Contratista.

Clima: Soleado.
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del Personal, stickers.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ fecha: 25 de Mayo 2022 Miercoles
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sanamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 2 sociales (contratista), Practicante Siso (contratista), Residente Siso Interventeria, 1 Auxiliar Social Interventoria, 2 Inspector de obra, 2 encuestadores, 2 Oficiales, 4 ayudantes de obra.

Actividades: En el dia de hoy se Presentan en campo 2 encuestadores y realizan 27 encuestas.
Ingreso de material en campo (ladrillo y Cemento). Se comienza obra, realizando la actividad de excavación en las Viviendas (003, 006 y 008).

Por la tarde se trabaja en oficina, Verificando que la Persona que Puso la PQR de inclusion no estubiera en la matriz inicial.

Clima: 7:00AM – 10:00AM Lluvias
Soleado en la tarde.
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del Personal, herramientas menores (Pala, Pica y barra).

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ fecha: 26 de Mayo 2022 Jueves
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento basico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 3 Sociales (contratista), Practicante Siso (contratista), Residente Siso Interventona, Residente de Interventoria, 1 Social Interventoria, 1 Auxiliar Social Interventoria, 2 Inspector de obra, 6 encuestadores, 4 Oficiales, 5 Ayudantes y 1 Maestro.

Actividades: En el dia hoy se Presentan en campo 6 encuestadores y realizan 35 encuestas.
Ingreso de material en campo (Acero, triturado, Ladrillo, Arena y Cemento). En obra se realiza la actividad de excavación y retiro de tuberia existente de 4" en las viviendas (010, 013, 014 y 016).

Escaneado con CamScanner

y las sociales identificaron los posibles beneficiarios en la base de dato y socializaron el Proyecto en 1 manzana y realizaron 5 inclusión.

Clima: Soleado en las horas de la mañana.
11:30AM – 2:30PM LLUVIAS
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del personal, herramientas menores (Pala, Pica, barra, martillo).

Residente de Interventoria

Residente de obra

-> Fecha: 24 de Mayo 2022 Viernes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turtuia
Interventor: Gavinco Ingenieros consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento básico en la ciudad de Sincelejo

Personal en dora: Residente de dora, 2 Sociales (contratista), Practicante siso (contratista), 1 Auxiliar social Interventoria, 2 Inspector de obra, 6 encuestadores, 1 maestro, 12 oficiales y 6 Ayudantes.

Actividades: en el dia de hoy las sociales identificaron los Posibles beneficiarios en la base de dato y socializaron el Proyecto en 5 manzanas, 34 viviendas y realizaron 4 inclusión. Se Presentan en campo 6 encuestadores y realizan 22 encuestas.
Ingreso de material en campo (arena, grauilla, Acero, Cemento,

Tanque, malla electrosoldada). En obra se realiza la actividad de excavación, armado y figuración del acero y retiro de tubería existente en las viviendas (003, 006, 008, 010, 012, 013, 014, 015, 016, 004) y en la vivienda 006 se hace el encofrado de la estructura de la viga de cimentación del baño y se funde.

Clima: Soleado
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del Personal, herramientas menores (Pala, Pica, barra, martillo, cegueta) y Polidora.

Residente de Interventoria

Residente de obra

-> Fecha: 23 de Mayo 2022 Sabado.
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turtuia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento basico en la ciudad de Sincelejo

Personal en obra: Residente de obra, Practicante siso (contratista), 1 Inspector de obra, 3 encuestadores, 1 maestro, 12 Oficiales y 6 Ayudantes.

Actividades: En el dia de hoy se Presentan en campo 3 encuestadores y realizan 4 encuestas.
Ingreso de material en campo (Ladrillo, Cemento, Arena, triturado, acero, tanque, tubos de 4" y de 2"). En obra se realiza la actividad de excavación, armado y figuración del acero y retiro de tubería

Escaneado con CamScanner

existente en los viviendas(003, 006, 008, 010, 012, 013, 014, 015, 016) y en la vivienda 012 se hace el encofrado de la estructura de la viga de cimentación del baño y se funde siendo está una caseta tipo 3.

Clima: Soleado

Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del Personal, herramientas menores (Pala, Pica, barra, martillo, Cegueta, bichiros etc) y Pulidora.

Residente de Interventoria

Residente de obra

Escaneado con CamScanner

existente en los viviendas(003, 006, 008, 010, 012, 013, 014, 015, 016) y en la vivienda 012 se hace el encofrado de la estructura de la viga de cimentación del barro y se funde siendo está una caseta tipo 3.

Clima: Soleado
Equipos y Materiales: formato de encuestas, Lapiceros, flexometro, Planilleros, dotación del Personal, herramientas menores (Pala, Pica, barra, martillo, cegueta, bichiroste) y Pulidora.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ Fecha: 30 de Mayo 2022 Lunes
Hora de Inicio: 7:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Consorcio Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Saneamiento básico en la ciudad de Sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 2 encuestadores, 10 oficiales, 9 ayudantes.

Actividades: En el día de hoy se Presentan en campo 2 encuestadores y realizan 5 encuestas.
Se figuro acero de la vivienda 003 hasta la 016, en la vivienda 003 se realizo y se fundio viga de cimentación, en la vivienda 007 se termino de figurar acero y se fundio viga cimiento y en las viviendas 015 y 016 se figuro el acero y se hizo excavación de viga de cimentación.

Escaneado con CamScanner

Clima: Nublado.
Equipos y Materiales: Palas, barras, Palines, Polidora, Palaustres, Pitas, tablas, Plomadas, flexometro, dotación del Personal, formato de encuestas, Lapiceros, Planilleros.

Residente de Interventoria

Residente de obra

→ Fecha 31 de Mayo 2022 Martes
Hora de Inicio: 9:00AM
Hora de finalización: 5:00PM
Contratista: Turquia
Interventor: Gavinco Ingenieros Consultores S.A.S
Proyecto: Conexiones Intradomiciliarias de agua Potable y Sancamiento básico en la ciudad de sincelejo.

Personal en obra: Residente de obra, 3 Sociales (contratista), 1 Auxiliar social Interventoria, 1 Residente Siso (contratista), 1 Auxiliar Siso (contratista), 1 Residente Siso (Interventoría), 2 Inspectores de obra (Interventoría), Supervisor entrega materiales (contratista), 3 encuestadores, 1 maestro, 10 oficiales, 9 ayudantes.

Actividades: En el día de hoy se Presentan en campo 3 encuestadores y realizan 5 encuestas.
El equipo de las trabajadoras sociales continuan codificando vivienda en la Parte izquierda del barrio.
Se le dio apertura a la vivienda N°4 donde se empezo con la localización de la batena sanitaria, replanteo, trazado, excavación, figuración de acero y fundida de la cimentación.
En la vivienda 003 se funde la cimentación.

Escaneado con CamScanner

Anexo 10. Relación de correspondencia

enterritorio	**RELACIÓN DE CORRESPONDENCIA**	CÓDIGO:	**F-GG-11**
		VERSIÓN:	**02**
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	**2020-12-07**

Informe No. **2** **Fecha Informe** **31/05/2022** **Periodo comprendido entre** **01/05/2022** **y** **31/05/22**

TIPO DE CONTRATO:	Interventoría
NÚMERO DE CONTRATO:	2220585
OBJETO:	Interventoría técnica, administrativa, de control financiero, presupuestal, social y ambiental para el chequeo, validación de prototipos y diagnóstico, concertación, intervención y gestión social para la ejecución del programa de conexiones intradomiciliarias de acueducto y alcantarillado, en el municipio de Sincelejo, departamento de Sucre.
CONTRATISTA:	Consorcio Turquía
INTERVENTOR:	GAVINCO Ingenieros Consultores SAS
SUPERVISOR:	Juan David Amon

FECHA	REFERENCIA / RADICADO	ASUNTO	ENVÍA	RECIBE
29/03/2022	GA-DOMI-001-22	Solicitud documentacion inicial de obra	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
05/04/2022	GA-DOMI-002-22	Solicitud cumplimiento compromisos de entrega de la documentación inicial	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
05/04/2022	GA-DOMI-003-22	Traslado correo electrónico, valla institucional para el proyecto de conexiones	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
06/04/2022	GA-DOMI-004-22	Remisión documentos previos a la firma del Acta de Inicio - Grupo 1: Sincelejo,	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
06/04/2022	GA-DOMI-005-22	Remisión póliza de garantía única de Cumplimiento y de RCE del contrato de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
11/04/2022	GA-DOMI-006-22	Remisión hoja de vida del contrato de Interventoría 2220585	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
11/04/2022	GA-DOMI-007-22	Remisión requisitos para suscripción de acta de inicio del contrato de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
11/04/2022	GA-DOMI-008-22	Remisión requisitos para suscripción de acta de inicio del contrato de obra N°.	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
18/04/2022	GA-DOMI-009-22	Actividad 1. Chequeo y validación de diseño de los prototipos de obras según la	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
19/04/2022	GA-DOMI-010-22	Cambio hojas de vida Inspector 1, Inspector 3 y Auxiliar Social del Contrato de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
19/04/2022	GA-DOMI-011-22	Remisión plan de inversión de anticipo del contrato de obra firmado.	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
20/04/2022	GA-DOMI-012-22	Remisión actualización pólizas del contrato de interventoría respecto al Acta de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
25/04/2022	GA-DOMI-013-22	Remisión Informe Semanal No. 01 periodo del 13 al 24 de abril de 2022	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
25/04/2022	GA-DOMI-014-22	Codificación viviendas para diagnósticos del barrio El Poblado	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
27/04/2022	GA-DOMI-016-22	Solicitud entrega productos Actividad 1. Chequeo y validación de diseño de los	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
04/04/2022	20222200064831	Socialización de los actores vinculados en la ejecución del Programa de Co-	Enterritorio	GAVINCO Ingenieros Consul
13/04/2022	20222200071361	Aprobación del personal mínimo requerido para ejecución del contrato de	Enterritorio	GAVINCO Ingenieros Consul
13/04/2022	20222200071371	Entrega documentación para la ejecución del contrato de interventoría No.	Enterritorio	GAVINCO Ingenieros Consul
05/04/2022	CONS-TUR-SINC-008	Remisión de soportes preliminares para acta de inicio.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
21/04/2022	CONS-TUR-SINC-011	MINUTA DEL CONTRATO DE FIDUCIA MERCANTIL IRREVOCABLE PARA	CONSORICO TURQUIA	Enterritorio
29/04/2022	CONS-TUR-SINC-013	Entrega de Productos ACTIVIDAD 1: CHEQUEO Y VALIDACION DE DISEÑO	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
27/04/2022	GA-DOMI-016-22	Solicitud entrega productos Actividad 1. Chequeo y validación de diseño de los	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
02/05/2022	GA-DOMI-017-22	Remisión Informe Semanal No. 02 periodo del 25 de abril de 2022 al 01 de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
03/05/2022	GA-DOMI-018-22	Solicitud disponibilidad de materiales de construcción – Actividad 3. Ejecución	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
04/05/2022	GA-DOMI-019-22	Remisión Informe Mensual Técnico de Interventoría No. 01 periodo del 13 de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
05/05/2022	GA-DOMI-020-22	Respuesta comunicación CONS-TUR-SINC-013, Entrega de Productos	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
05/05/2022	GA-DOMI-021-22	Solicitud remisión soportes de implementación de protocolo de bioseguridad	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
05/05/2022	GA-DOMI-022-22	Remisión actualización póliza RCE del contrato de interventoría.	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
05/05/2022	GA-DOMI-023-22	Comunicación CONS-TUR-SINC-017.	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
09/05/2022	GA-DOMI-024-22	Solicitud Ajustes productos Actividad 1: chequeo y validación de diseño de los	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
09/05/2022	GA-DOMI-025-22	Remisión Informe Semanal No. 03 periodo del 02 de mayo de 2022 al 08 de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
11/05/2022	GA-DOMI-026-22	Cambio hoja de vida personal del Contrato de Interventoría - Profesional HSEQ.	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
11/05/2022	GA-DOMI-027-22	Comunicación CONS-TUR-SINC-018.	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
13/05/2022	GA-DOMI-028-22	Resp comunicación CONS-TUR-SINC-020	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
13/05/2022	GA-DOMI-029-22	Solicitud diagnosticos	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
16/05/2022	GA-DOMI-030-22	Aprobación diseño estructural con observaciones - Actividad 1. Chequeo y	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
17/08/2022	GA-DOMI-031-22	Remisión Informe Semanal No. 04 periodo del 09 de mayo de 2022 al 15 de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
18/05/2022	GA-DOMI-032-22	Solicitud cumplimiento de los compromisos adquiridos en comité de	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
24/05/2022	GA-DOMI-033-22	Remisión Acta de Recibo Parcial N° 1. De Interventoría. Periodo facturado del	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
20/05/2022	GA-DOMI-034-22	Segunda solicitud cumplimiento compromisos comité de seguimiento N°. 5.	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
24/05/2022	GA-DOMI-035-22	Remisión Informe Semanal No. 05 periodo del 16 de mayo de 2022 al 22 de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
24/05/2022	GA-DOMI-036-22	Remision solicitud desembolso anticipo contrato de obra	GAVINCO Ingenieros Consultores	Enterritorio
25/05/2022	GA-DOMI-037-22	Solicitud inclusión para nuevos posible beneficiario del Programa de	GAVINCO Ingenieros Consultores	Alcaldia Sincelejo
26/05/2022	GA-DOMI-038-22	Respuesta comunicaciones CONS-TUR-SINC-029 y CONS-TUR-SINC-028	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
26/05/2022	GA-DOMI-039-22	Obligaciones actividad 3 ejecución de obra y forma de pago.	GAVINCO Ingenieros Consultores	CONSORICO TURQUIA
09/05/2022	CONS-TUR-SINC-018	CAMBIOS EN EL DOCUMENTO INICIAL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
10/05/2022	CONS-TUR-SINC-019	Entrega de planos y memorias de casetas tipo.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
12/05/2022	CONS-TUR-SINC-020	CANTIDADES DE OBRA – ELEMENTOS ESTRUCTURALES	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
11/05/2022	CONS-TUR-SINC-020	Entrega de diagnósticos Paquete 01.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
12/05/2022	CONS-TUR-SINC-021	Entrega de diagnósticos Paquete 02.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
17/05/2022	CONS-TUR-SINC-022	Entrega de diagnósticos Paquete 03.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
18/05/2022	CONS-TUR-SINC-023	Entrega de diagnósticos Paquete 04.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
19/05/2022	CONS-TUR-SINC-024	Entrega de diagnósticos Paquete 05	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
23/05/2022	CONS-TUR-SINC-025	Entrega de diagnósticos Paquete 06	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
23/05/2022	CONS-TUR-SINC-026	Robo de micromedidores Barrio El Poblado, Sincelejo –Sucre.	CONSORICO TURQUIA	VEOLIA
24/05/2022	CONS-TUR-SINC-027	Entrega de diagnósticos Paquete 07.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
24/05/2022	CONS-TUR-SINC-028	Escasez de cerámica a nivel nacional	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
24/05/2022	CONS-TUR-SINC-029	Cambio especificaciones técnicas cerámica.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
26/05/2022	CONS-TUR-SINC-030	Entrega de diagnósticos Paquete 08	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
27/05/2022	CONS-TUR-SINC-031	Cambio de especificación técnica ítems 3.27 y 3.28	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
27/05/2022	CONS-TUR-SINC-032	Cambio en planimetría enviada de Casetas 1, 2, 3 y 4.	CONSORICO TURQUIA	GAVINCO Ingenieros Consul
18/05/2022	20222200093481	Aprobación Informe mensual de Interventoría No. 1, correspondiente al mes	Enterritorio	GAVINCO Ingenieros Consul

Firma:

Nombre:

DIRECTOR DE INTERVENTORÍA

Anexo 11. Relación de documentos

Interventoría

enterritorio Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial	RELACIÓN DE DOCUMENTOS	CÓDIGO:	F-GG-19
		VERSIÓN:	01
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2010-10-12

CONTRATO No. :	2220585
OBJETO:	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS Y DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO, DEPARTAMENTO DE SUCRE
CONTRATISTA:	CONSORCIO TURQUIA
INTERVENTOR:	GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S
SUPERVISOR:	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ

No.	Título del Documento	Versión #	Tomo No.	Fecha documento	Aprobado por	Original	# Copias	Medio Magnético	Observaciones
1	MATRIZ DE EVALIACION DE ENCUETAS PCI, SINCELEJO, SUCRE.	1	1		Juan David Amon R			X	
2	CARTA DE PRESENTACION PCI, MUNICIPIO DE SINCELEJO, SUCRE.	1	1		Juan David Amon R		X	X	
3	RESUMEN PROYECTO INTRADOMICILIARIAS.	1	1		Juan David Amon R		X	X	
4	CERTIFICACION ESTADO DE LEGALIDAD DE LOS BARRIOS.	1	1		Juan David Amon R		X	X	
5	CERTIFICADO NO ZONA DE RIESGO BARRIO EL POBLADO	1	1		Juan David Amon R		X	X	
6	CERTIFICADO EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS BARRIO EL POBLADO	1	1		Juan David Amon R		X	X	
7	PLAN DE GESTION SOCIAL	1	1		Juan David Amon R	X		X	
8	ESPECIFICACIONES TECNICAS	1	1		Juan David Amon R	X		X	Especificaciones técnicas generales, Capitulo I, Capitulo II, Capitulo III, Capitulo IV,
9	FORMATOS PCI								PCI-001_Lista de chequeo para aprobación Diagnóstico
									PCI-002_Lista de chequeo para Aprobación Intervención
									PCI-003 Encuesta portenciales beneficiarios
									PCI-004_Carta de Compromiso Prop
									PCI-004a_Acta de rechazo
									PCI-005_Carta de Concertación propiet o poseedor
									PCI-006_Matriz_Suministrada por Municipio
									PCI-007_Plan de intervención Beneficiario. Presupuesto
									PCI-008_Plan de intervención. Presupuesto
									PCI-009_Acta de concertacion para la intervención
									PCI-010_Autorizacion inicio de obra
									PCI-011_Ajustes al Diagnóstico inicial
									PCI-012 Cambio Plan de intervención
									PCI-013_Acta de pruebas Técnicas
									PCI-014_Acta Recibo beneficiario6
									PCI-015_Acta de cierre e historico vivienda
									PCI-016_Verificación de viviendas visitadas
									PCI-017_Cronograma general de ejecución
									PCI-018_Cronograma especifico de ejecución
									PCI-019 Lineamientos para la inclusión de potenciales beneficiarios
									PCI-020 Plantilla Informe Quincenal
									PCI-021_Informe Mensual
									PCI-022_Lista de asistencia beneficiarios
									PCI-023_Lista de Convocatoria a beneficiarios
									PCI-024_ Solicitud del Ciudadano PQR
									PCI-025_Registro y Seguimiento PQR
									PCI-026_Criterios de planeación, Ej y Ev Reuniones con la comunidad
									PCI-027_Plantilla Agenda de Capacitación Educación Sanitaria
									PCI-028_Orientaciones y formatos MEMORIAS PCI
									PCI-029_Indicador de Empleo Mensual

Para constancia de lo anterior, se firma en BOGOTA D.C. a los 05 días del mes abril del 2022.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE: JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ	**NOMBRE: LUZ ANDREA FAJARDO (R/L)**
Fecha: 05 de abril de 2022	Fecha: 05 de abril de 2022

Original: ENTerritorio
Copias: Contratista, Interventoría

Contratista

enterritorio Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial	**RELACIÓN DE DOCUMENTOS**	CÓDIGO:	**F-GG-19**
		VERSIÓN:	**01**
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	**2010-10-12**

CONTRATO No. :	2220577
OBJETO:	Chequeo, validación de prototipos y diagnóstico, concertación, intervención y gestión social para la ejecución del programa de conexiones intradomiciliarias de acueducto y alcantarillado, en el municipio de Sincelejo, departamento de Sucre
CONTRATISTA:	CONSORCIO TURQUIA
INTERVENTOR:	GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S
SUPERVISOR:	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ

No.	Título del Documento	Versión #	Tomo No.	Fecha documento	Aprobado por	Original	# Copias	Medio Magnético	Observaciones
1	HOJAS DE VIDA PERSONAL MÍNIMO REQUERIDO	1	1		Interventoria		X	X	
2	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN PROJECT CON SU FLUJO DE INVERSIÓN EN EXCEL.	1	1		Interventoria		X	X	
3	PROGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	1	1		Interventoria		X	X	
4	PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL	1	1		Interventoria		X	X	
5	PROGRAMA DE MANEJO AMBIENTAL.	1	1		Interventoria		X	X	
6	PLAN DE CALIDAD	1	1		Interventoria		X	X	
7	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD APROBADO POR LA ARL Y RADICADO EN EL ENTE TERRITORIAL.	1	1		Interventoria		X	X	
8	ORGANIGRAMA GENERAL DEL PROYECTO	1	1		Interventoria		X	X	
9	METODOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES OBJETO DEL CONTRATO	1	1		Interventoria		X	X	
10	ANÁLISIS DE PRECIOS UNITARIOS Y LISTADO DE PRECIOS DE LA TOTALIDAD DE LOS INSUMOS PRESENTADOS EN LA OFERTA ECONOMÍA PARA LA ACTIVIDAD 3	1	1		Interventoria		X	X	
11	PLAN DE INVERSIÓN DEL ANTICIPO	1	1		Interventoria		X	X	
12	FLUJO DE INVERSIÓN DEL CONTRATO	1	1		Interventoria		X	X	

Para constancia de lo anterior, se firma en BOGOTA D.C. a los 05 días del mes abril del 2022.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE: JOSE IGNACIO CARDENAS MENESES (R/L)	**NOMBRE: LUZ ANDREA FAJARDO (R/L)**
Fecha: 12 de abril de 2022	Fecha: 12 de abril de 2022

Original: ENTerritorio
Copias: Contratista, Interventoría

Anexo 12. Relación de planos

Contratista

	RELACIÓN DE PLANOS	CÓDIGO	F-GG-20
enterritorio		VERSIÓN:	01
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2020-10-12

CONTRATO No. :	2220577
OBJETO:	Chequeo, validación de prototipos y diagnóstico, concertación, intervención y gestión social para la ejecución del programa de conexiones intradomiciliarias de acueducto y alcantarillado, en el municipio de Sincelejo, departamento de Sucre
CONTRATISTA:	CONSORCIO TURQUIA
INTERVENTOR:	GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S
SUPERVISOR:	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ

No.	Plano #	Versión	Fecha	Contenido	Remplaza Plano #	Nueva Versión	Aprobado por	Observaciones
1	CASETA	1		Tipologia caseta Tipo I	N/A	N/A	Juan David Amon	Planos proceso INA 032 2021
2	CASETA	1		Tipologia caseta Tipo II	N/A	N/A	Juan David Amon	Planos proceso INA 032 2021
3	CASETA	1		Tipologia caseta Tipo III	N/A	N/A	Juan David Amon	Planos proceso INA 032 2021
4	CASETA	1		Tipologia caseta Tipo IV	N/A	N/A	Juan David Amon	Planos proceso INA 032 2021

Para constancia de lo anterior, se firma en BOGOTA D.C. a los 05 días del mes abril del 2022.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE: LUZ ANDREA FAJARDO	**NOMBRE: JOSE IGNACIO CARDENAS MENESES (R/L)**
Fecha: 05 de abril de 2022	Fecha: 05 de abril de 2022

Original: ENTerritorio
Copias: Contratista, Interventoría

Interventoría

enterritorio	RELACIÓN DE PLANOS	CÓDIGO	F-GG-20
		VERSIÓN:	01
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2020-10-12

CONTRATO No. :	2220585
OBJETO:	INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, DE CONTROL FINANCIERO, PRESUPUESTAL, SOCIAL Y AMBIENTAL PARA EL CHEQUEO, VALIDACIÓN DE PROTOTIPOS Y DIAGNÓSTICO, CONCERTACIÓN, INTERVENCIÓN Y GESTIÓN SOCIAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CONEXIONES INTRADOMICILIARIAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO, DEPARTAMENTO DE SUCRE
CONTRATISTA:	CONSORCIO TURQUIA
INTERVENTOR:	GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S
SUPERVISOR:	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ

No.	Plano #	Versión	Fecha	Contenido	Remplaza Plano #	Nueva Versión	Aprobado por	Observaciones
1	CASETA	1		Tipologia caseta Tipo I	N/A	N/A	Juan David Amon	Planos proceso INA 032 2021
2	CASETA	1		Tipologia caseta Tipo II	N/A	N/A	Juan David Amon	Planos proceso INA 032 2021
3	CASETA	1		Tipologia caseta Tipo III	N/A	N/A	Juan David Amon	Planos proceso INA 032 2021
4	CASETA	1		Tipologia caseta Tipo IV	N/A	N/A	Juan David Amon	Planos proceso INA 032 2021

Para constancia de lo anterior, se firma en BOGOTA D.C. a los 05 días del mes abril del 2022.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE: JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ	**NOMBRE: LUZ ANDREA FAJARDO (R/L)**
Fecha: 05 de abril de 2022	Fecha: 05 de abril de 2022

Original: ENTerritorio
Copias: Contratista, Interventoría

Producto Actividad 1 Chequeo y validacion de prototipos

CONTRATISTA

	RELACIÓN DE PLANOS	CÓDIGO	F-GG-20
enterritorio		VERSIÓN:	01
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2020-10-12

CONTRATO No. :	2220577
OBJETO:	Chequeo, validación de prototipos y diagnóstico, concertación, intervención y gestión social para la ejecución del programa de conexiones intradomiciliarias de acueducto y alcantarillado, en el municipio de Sincelejo, departamento de Sucre
CONTRATISTA:	CONSORCIO TURQUIA
INTERVENTOR:	GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S
SUPERVISOR:	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ

No.	Plano #	Versión	Fecha	Contenido	Remplaza Plano #	Nueva Versión	Aprobado por	Observaciones
1	PLANO 1-2	1	abr-22	PLANTA DE CIMIENTOS, PLANTA DE VIGAS DE CUBIERTA, DETALLES DE VIGAS CIMIENTO Y DE CUBIERTA, CORTE ESTRUCTURAL, PLANTILLA, LOSA MACIZA Y MACHONES. DE CASETAS T1 Y T2. Y DETALLES DE COLUMNA DE TANQUE.	N/A	N/A	Interventoría	Producto Actividad 1. Chequeo y validación de prototipos.
2	PLANO 2-2	1	abr-22	PLANTA DE CIMIENTOS, PLANTA DE VIGAS DE CUBIERTA, DETALLES DE VIGAS CIMIENTO Y DE CUBIERTA, CORTE ESTRUCTURAL, PLANTILLA, LOSA MACIZA Y MACHONES. DE CASETAS T1 Y T2	N/A	N/A	Interventoría	Planos proceso INA 032 2021

Para constancia de lo anterior, se firma en BOGOTA D.C. a los 05 días del mes abril del 2022.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE: JOSE IGNACIO CARDENAS MENESES (R/L)	**NOMBRE: LUZ ANDREA FAJARDO**
Fecha: 31 de mayo de 2022	Fecha: 31 de mayo de 2022

Original: ENTerritorio
Copias: Contratista, Interventoría

INTERVENTORIA

	RELACIÓN DE PLANOS	CÓDIGO	F-GG-20
enterritorio		VERSIÓN:	01
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2020-10-12

CONTRATO No. :	2220577
OBJETO:	Chequeo, validación de prototipos y diagnóstico, concertación, intervención y gestión social para la ejecución del programa de conexiones intradomiciliarias de acueducto y alcantarillado, en el municipio de Sincelejo, departamento de Sucre
CONTRATISTA:	CONSORCIO TURQUIA
INTERVENTOR:	GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S
SUPERVISOR:	JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ

No.	Plano #	Versión	Fecha	Contenido	Remplaza Plano #	Nueva Versión	Aprobado por	Observaciones
1	PLANO 1-2	1	abr-22	PLANTA DE CIMIENTOS, PLANTA DE VIGAS DE CUBIERTA, DETALLES DE VIGAS CIMIENTO Y DE CUBIERTA, CORTE ESTRUCTURAL, PLANTILLA, LOSA MACIZA Y MACHONES. DE CASETAS T1 Y T2. Y DETALLES DE COLUMNA DE TANQUE.	N/A	N/A	Interventoría	Producto Actividad 1. Chequeo y validación de prototipos.
2	PLANO 2-2	1	abr-22	PLANTA DE CIMIENTOS, PLANTA DE VIGAS DE CUBIERTA, DETALLES DE VIGAS CIMIENTO Y DE CUBIERTA, CORTE ESTRUCTURAL, PLANTILLA, LOSA MACIZA Y MACHONES. DE CASETAS T1 Y T2	N/A	N/A	Interventoría	Planos proceso INA 032 2021

Para constancia de lo anterior, se firma en BOGOTA D.C. a los 05 días del mes abril del 2022.

ENTREGA	RECIBE
NOMBRE: LUZ ANDREA FAJARDO	**NOMBRE: JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ**
Fecha: 31 de mayo de 2022	Fecha: 31 de mayo de 2022

Original: ENTerritorio
Copias: Contratista, Interventoría

Anexo 13. Acreditación pagos al sistema de seguridad social

Contratista

consorcio Turquía

NIT.901570934-7

CERTIFICADO DE PAGO APORTES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA

CERTIFICACIÓN

Certifico que la persona jurídica **CONSORCIO TURQUIA** con **NIT No. 901.570.934 - 7,** ha cumplido con el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas 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 (6) meses.

Expedida el veinte (06) del mes de junio 2022

JOSE IGNACIO CARDENAS MENESES
C.C No 1.117.491.406 DE FLORENCIA
REPRESENTANTE LEGAL
CONSORCIO TURQUIA

JAIME RICARDO MARQUEZ CONTRERAS
T.P N[redacted]
C.C. No. 72.245.947 DE BARRANQUILLA
CONTADOR PUBLICO

Sincelejo Sucre Barrio Ford Cll 16 14ª 71 local 2
Correo electrónico: coordinadorturquiapci@gmail.com,
Teléfono: 3142996037-3107480482

Interventoría

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FIRMA

GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S.

NIT 900.916.608-4

CERTIFICAN QUE:

A la fecha, la firma **GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES S.A.S.**, Se encuentra a paz y salvo en el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos profesionales y cajas de compensación familiar de sus empleados, durante los últimos doce (12) meses calendario legalmente exigibles. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

La presente certificación se expide a solicitud de la compañía a los 02 días del mes de junio del 2022.

Atentamente,

LUZ ANDREA FAJARDO C.
Representante Legal
GAVINCO S.A.S.

MARIA ALEJANDRA GARZON RUBIO
Revisor Fiscal
T.P 260106-T

Anexo 14. Control de personal

Interventoría

	CONTROL DE PERSONAL	CÓDIGO:	F-GG-10
enterritorio		VERSIÓN:	01
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2020-10-07

INFORMACIÓN GENERAL

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01/05/2022 Y EL 31/05/2022 PLAZO: 8 meses

INTERVENTOR: GAVINCO Ingenieros Consultores SAS CONTRATO No. 2220577

SUPERVISOR JUAN DAVID AMON RODRIGUEZ CONTRATO No. 2220585

PERSONAL DEL CONTRATISTA (INTERVENTORIA)

FECHA	MES 1																													OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
CARGO																																
Director de Interventoría	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Residente de Interventoría	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Especialista en Estructuras	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Profesional Social	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Profesional HSEQ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Especialista Hidrosanitario	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Profesional Costos y Presupuesto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Auxiliar social	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Inspector de Interventoría	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Inspector de Interventoría	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Inspector de Interventoría																																
PERSONAL CONTRATISTA	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**10**	**TOTAL PERIODO** 310

PROCEDENCIA / CONDICIÓN	MANO DE OBRA LOCAL Y POBLACIÓN VULNERABLE*																															SUMATORIA	PORCENTAJE	CUMPLE S/N
MANO OBRA NO CALIFICADA																																**0**	**0,00%**	
De la región																																0	0,00%	
De fuera de la región																																0	0,00%	
MANO OBRA CALIFICADA																																**0**	**0,00%**	
De la región																																0	0,00%	
De fuera de la región																																0	0,00%	
PROFESIONALES - TÉCNICOS																																**0**	**0,00%**	
De la región	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		120	38,71%	**S**
De fuera de la región	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		180	58,06%	**S**
POBLACIÓN VULNERABLE																																**0**	**0,00%**	
En proceso de reinserción social																																0	0,00%	
En condición de desplazamiento																																0	0,00%	
MUJERES																																**0**	**0,00%**	
Mano de Obra no Calificada																																0	0,00%	
Mano de Obra Calificada																																0	0,00%	
Profesionales - Técnicos	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		150	48,39%	**S**
PROVEEDORES																																		
Local																																		
Nacional																																		
Internacional																																		

*Nota: La información registrada en este formato será utilizada tanto para la verificación del cumplimiento de las condiciones contractuales en materia de contratación de mano de obra local y población vulnerable, como para la medición de los indicadores que permitan el seguimiento de las acciones de política social, contenidas en el documento "Política Social de ENTerritorio".

COMENTARIOS DE LA INTERVENTORÍA:

Firma:

Nombre:

DIRECTOR DE INTERVENTORÍA

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para HECTOR MAURICIO JUNCO MORALES identificado(a) con CC 1049796249

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:47.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JAIRO ALONSO ZORRO ROA identificado(a) con CC 1031120730

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:47.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JAIRO ANDRES MEZA ROSAS identificado(a) con CC 13874430

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:45.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JULY PAULIN RIOS ANAYA identificado(a) con CC 1102813002

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF41	COMFASUCRE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:46.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para LEIDER DE JESUS SUAREZ OZUNA identificado(a) con CC 1103109623

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	CCFC33	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	14
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	14
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	14
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	14
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	14
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	14
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	14
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF41	COMFASUCRE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	14

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:49.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para RAFAEL ANTONIO LOPEZ MOLINA identificado(a) con CC 1102874551

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	CCFC33	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF41	COMFASUCRE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	29

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:49.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para RAFAEL DARIO VERGARA DE LA OSSA identificado(a) con CC 11052258

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	15
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	15
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	15
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	15
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	15
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	15
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	15
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF41	COMFASUCRE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	15

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:46.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para SANDRA PATRICIA CONTRERAS NAVARRO identificado(a) con CC 1102854339

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF41	COMFASUCRE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:45.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CONSORCIO BIENESTAR COMUNITARIO identificado(a) con NI 901348892 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para SINDY LORENA ESTUPIÑAN BALAGUERA identificado(a) con CC 1019085903

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	29
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	EPS	EPS017	FAMISANAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	1
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-04	29
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-04	1
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-04	29
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-04	1
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-04	29
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-04	1
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-04	29
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-04	1
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-04	29
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-04	1
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-04	29
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-04	1
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-04	29
9434817180	1455419933	E	2022-05-12	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-04	1

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:50.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para YOJAIRA ISABEL MEZA SUAREZ identificado(a) con CC 64742516

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	25-14	COLPENSIONES	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	29
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF41	COMFASUCRE	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	29

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:48.

Certificado de Aportes

Se certifica que GAVINCO INGENIEROS CONSULTORES SAS identificado(a) con NI 900916608 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para EDGAR ALFONSO ARAGON OTERO identificado(a) con CC 1022363189

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-06	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	AFP	230201	PROTECCION	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	ARL	14-7	SEGUROS BOLIVAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30
9435838657	1488430537	E	2022-06-03	CCF	CCF24	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-05	30

Este certificado se expide el día 2022-06-03 a las 04:44.

Contratista

	CONTROL DE PERSONAL	CÓDIGO:	F-GG-10
enterritorio		VERSIÓN:	01
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	2020-10-07

INFORMACIÓN GENERAL

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01/05/2022 Y EL 31/05/2022 PLAZO: 8 meses

CONTRATISTA: Consorcio Turquia — CONTRATO No. 2220577

INTERVENTOR: GAVINCO Ingenieros Consultores SAS — CONTRATO No. 2220585

PERSONAL DEL CONTRATISTA

FECHA	MES 2																													OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
CARGO																																
Especialista Estructural	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 1 y 2
Profesional Técnico de diagnósticos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 2
Especialista Hidrosanitario	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 2
Profesional Costos y Presupuestos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 2
Profesional Social	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Actividad 1, 2 y 3
Director de Obra	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 2 y 3
Residente de Obra														1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 2y 3
Profesional de Calidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 2 y 3
Técnico PGIO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Actividad 2 y 3
Profesional encuestador	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	Actividad 2
Maestro de obra																									1	1	1	1	1	1	1	Actividad 3
profesional encuestador	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	Actividad 3
oficiales																									8	12	12	12	12	12	13	Actividad 3
ayudantes																									4	7	8	8	8	8	8	Actividad 3
almacenista																									1	1	1	1	1	1	1	Actividad 3
herrero																									1	1	1	1	1	1	1	Actividad 3
Auxiliar de bodega																									2	3	3	3	5	5	5	Actividad 3
																																Actividad 3
PERSONAL CONTRATISTA	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**	**25**	**25**	**25**	**25**	**25**	**25**	**25**	**25**	**25**	**25**	**29**	**43**	**50**	**51**	**51**	**53**	**53**	**54**	**TOTAL PERIODO**	**946**	
PROCEDENCIA / CONDICIÓN	**MANO DE OBRA LOCAL Y POBLACIÓN VULNERABLE***																													**SUMATORIA**	**PORCENTAJE**	**CUMPLE S/N**
MANO OBRA NO CALIFICADA																														**0**	**0,00%**	
De la región	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	11	18	25	26	26	28	29		375	39,64%	
De fuera de la región	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0,00%	
MANO OBRA CALIFICADA																														**0**	**0,00%**	
De la región	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14		421	44,50%	
De fuera de la región	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		93	9,83%	
PROFESIONALES - TÉCNICOS																														**0**	**0,00%**	
De la región	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14		421	44,50%	
De fuera de la región	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		93	9,83%	
POBLACIÓN VULNERABLE																														**0**	**0,00%**	
En proceso de reinserción social																														0	0,00%	
En condición de desplazamiento																														0	0,00%	
MUJERES																														**0**	**0,00%**	
Mano de Obra no Calificada																														0	0,00%	
Mano de Obra Calificada	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		248	26,22%	
Profesionales - Técnicos	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		248	26,22%	
PROVEEDORES																																		
Local																																		
Nacional																																		
Internacional																																		

*Nota: La información registrada en este formato será utilizada tanto para la verificación del cumplimiento de las condiciones contractuales en materia de contratación de mano de obra local y población vulnerable, como para la medición de los indicadores que permitan el seguimiento de las acciones de política social, contenidas en el documento "Política Social de ENTerritorio".

COMENTARIOS DE LA INTERVENTORÍA: Se reporta al personal de las Actividades 1 y 2, teniendo en cuenta que el contrato dio inicio a partir del 13 de abril de 2022,

Firma:

Nombre:

DIRECTOR DE INTERVENTORÍA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1102853668	ARTUZ HERRERA ARLEY ANTONIO	27/04/2022		8226f250	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:04:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C64700723	CABALLERO GUERRERO HELENA	27/04/2022		21415019	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:13:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102882900	CARO RUBIO ANGEE PAOLA	27/04/2022		19116419	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:10:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102858678	DOMINGUEZ MARTINEZ STEFANY	27/04/2022		221142K1	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:02:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102812919	ECHAVARRIA DIAZ WILBERTO	27/04/2022		13021520	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 16:53:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 26 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102850002	PATERNINA VITOLA ESTEFANY	27/04/2022		v186J31s	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/04/2022 19:39:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.92.216.7, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102829998	GONGORA TOVAR HENRY	27/04/2022		1ej27247	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:14:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102870774	MEJIA JARABA CHAINI	27/04/2022		16244176	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:00:27 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1005676913	MEJIA JARABA JOSE RAFAEL	27/04/2022		28835819	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 16:57:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102883796	MENDOZA HERRERA CARMELO ANDRES	27/04/2022		23322211	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:06:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1193118512	MENDOZA HERRERA DEIBIS	27/04/2022		1746T94D	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:01:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 26 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL HUILA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C1102863514	MAJARRES CALDERA SUANY DEL CARMEN	27/04/2022		x145³192	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/04/2022 19:43:35 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.92.216.7, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 22 de abril de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1053822796	TRUJILLO ARRIETA WENDY JHOANA	23/04/2022		2M250147	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/04/2022 17:16:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.92.79, 192.230.104.10, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008204208	2|5|0|4|2|0|2|2

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 ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. Colectiva ☐ B. De oficio ☐	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			
ARTUZ (Primer apellido)	HERRERA (Segundo apellido)	ARLEY (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1102853668	Femenino ☐ Masculino ☒	0|1|0|5|1|9|9|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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	1000000

18.Residencia

CR 21 42 A 15 (Dirección)	Telefono fijo	3043456289 (Telefono celular)	NOTIENE@GMAIL.COM (Correo electronico)
SINCELEJO (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	SUCRE (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** Femenino ☐ Masculino ☐	**23. Fecha de nacimiento**

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

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	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	VS SINCELEJO - VS VIVA SINCELEJO	VSSINCELEJ - VSSINCE
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 TURQUIA	NIT	901570934	01

39.Ubicación

CR 4 2 85 (Dirección)	2905533 (Teleéfono)	CONTABILIDADISAIASVG@GMAIL.COM (Correo electrónico)	PALERMO (Municipio/distrito)	HUILA (Departamento)

Escaneado con CamScanner

No de Radicacion
4008204208

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: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha: 2 7 0 4 2 0 2 2	
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 Contributvo,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 poir 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 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

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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

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.

Escaneado con CamScanner

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 1103820 07/16

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 27 04 2022

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☐ -Beneficiario o afiliado adicional ☐; B. Colectiva ☐; C. Institucional ☐; D. De oficio ☐
3. Régimen: 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 ☐
Código (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	6. Segundo apellido	6. Primer nombre	6. Segundo nombre
Mejia	Jaraba	Chainy	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.102.870.774	Femenino ☒ Masculino ☐	03 M M A 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M; Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Cll 12	# 25-12		3015741521	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Sincelejo	Urbana ☒ Rural ☐		Sucre

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Primer apellido	19. Segundo apellido	19. Primer nombre	19. Segundo nombre

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

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

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

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						

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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turquia	NIT	901570934	

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 42 85 km 32	3125223367		Palermo	Huila

VIGILADO Supersalud

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 1 de 3
03/2016

Escaneado con CamScanner

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		27/04/2022

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.
- [x] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Chainy Mejía Jaraba	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

OPERACIONES SINCELEJO
mutualser
27/04/2022
DOCUMENTO PROCESADO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		92527459

OBSERVACIONES:

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

Escaneado con CamScanner

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 2022-04-26 13:24:01, el empleador **CONSORCIO TURQUIA** identificado con **NI** numero **901570934** registra la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliacion Electronica

VALE.

NUMERODE RADICACION	FECHA DE RADÏCACION	TIPO DE SOLICITUD
968106441822	2022-04-26 13:24:01	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACION	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1102882900	ANGEE PAOLA RUBIO CARO	1000000	TECNICO DIAG	2022-04-27

La siguiente certificacion se expide a solicitud del interesado a los 26 dias del mes de Abril del año 2022.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008204345	2|5|0|4|2|0|2|2

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 ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐
		B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GONGORA (Primer apellido)	TOVAR (Segundo apellido)	HENRY (Primer nombre)	ANDRES (Segundo nombre)
7.Tipo documento de identidad	**8.Número del documento de identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1102829998	Femenino ☐ Masculino ☒	2|9|0|8|1|9|8|9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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.	PROTECCION	1000000

18.Residencia

CR 29 12 24 DULCE NOMBRE (Dirección)	Telefono fijo	3204538935 (Telefono celular)	NOTIENE@GMAIL.COM (Correo electronico)
SINCELEJO (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	SUCRE (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		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	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		VS SINCELEJO - VS VIVA SINCELEJO	VSSINCELEJ - VSSINCE
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 documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO TURQUIA	NIT	901570934	01

39.Ubicación

CR 4 2 85 (Dirección)	2905533 (Teleéfono)	CONTABILIDADISAIASVG@GMAIL.COM (Correo electrónico)	PALERMO (Municipio/distrito)	HUILA (Departamento)

Escaneado con CamScanner

No de Radicacion
4008204345

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 ☐		2|7|0|4|2|0|2|2

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 Contributvo,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 poir 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 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
Henry Góngora	

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 capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Escaneado con CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CARO RUBIO ANGEE PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.102.882.900** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de julio de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de abril de 2022.

Cordialmente,



***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

202204270942

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CHAINY MEJIA JARABA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.870.774**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ESTEFANY PATERNINA VITOLA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1102850002,** se encuentra afiliado/a desde **08/09/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de abril de 2022.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Blanca Nubia Ramirez Aldana
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HELENA CABALLERO GUERRERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **64700723,** se encuentra afiliado/a desde **24/02/2006** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de abril de 2022.



Blanca Nubia Ramirez Aldana
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MEJIA JARABA JOSE RAFAEL** identificado(a) con **CC** número **1.005.676.913** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de mayo de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de abril de 2022.

Cordialmente,



***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

202204270940

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILBERTO ECHAVARRIA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.812.919**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Abril del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1047441868	ACEVEDO PEREZ VICTOR JAVIER	25/05/2022		23316355	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 16:49:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102867631	PERALTA ANAYA ALBERTO MARIO	25/05/2022		W1831605	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 20:44:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

No. de Radicación

Fecha de Radicación 27/05/2022

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☐ -Beneficiario o afiliado adicional ☐; B. Colectiva ☐; C. Institucional ☐; D. De oficio ☐
3. Régimen: 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 ☐
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: Peralta	Segundo apellido: Anaya	Primer nombre: Alberto	Segundo nombre: Mario

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.102.867.631	Femenino ☐ Masculino ☒	10/06/1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
☐	Tipo F N M: ☐ ☐ ☐ Condición T P: ☐ ☐	☐	☐

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia			
Dirección: CR 17 #25A-60	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3045511863	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Girardot	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento: Suere

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

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						

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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turquia	NIT	901570934	1

39. Ubicación					
Dirección: CR H #2-85	Teléfono: 2905533	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Palermo	Departamento: Huila	

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Vigilado Supersalud

Página 1 de 2 08/2016

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		25/05/2022

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.
- [x] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Alberto Peralta	José PEÑA

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 27 05 2022

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☐ -Beneficiario o afiliado adicional ☐; B. Colectiva ☐; C. Institucional ☐; D. De oficio ☐
3. Régimen: 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 ☐
Código (a registrar por la EPS): 1

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Pineda	Segundo apellido: Rodriguez	Primer nombre: Juan	Segundo nombre: Jose
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 92.508.067	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento: 19 11 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
CR 16A #45B-17		310 664 1436	Sin correo

Municipio/Distrito	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento
			Sucre

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: 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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la 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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turgula	NIT	901570934	1

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 4 #2-85	2905533		Palermo	Huila

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		25/05/2022

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.
- [x] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud
Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 25/05/2021

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☐ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐
3. Régimen: 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 ☐ 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: Buelvas	Segundo apellido: Arrieta	Primer nombre: Leonardo	Segundo nombre: Daniel

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	92.546.997	Femenino ☐ Masculino ☒	10/08/1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Proteccion	1.000.000

18. Residencia			
Dirección: CR 21 # 41-36	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 321 774 4885	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Sincelejo	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento: Sucre

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la 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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turfuia	NIT	901570934	

39. Ubicación					
Dirección: CR 4 # 2-85	Teléfono: 2905533	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Palermo	Departamento: Huila	

VIGILADO Supersalud

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		25 05 2022

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.
- [x] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

OBSERVACIONES:

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Vigilado Supersalud
Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 27 05 2021

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia ☐ -Beneficiario o afiliado adicional ☐; B. Colectiva ☐; C. Institucional ☐; D. De oficio ☐
3. Régimen: 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 ☐
Código (a registrar por la EPS): 1

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Cruz	Segundo apellido: Peña	Primer nombre: Victor	Segundo nombre: Favio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.148.439.080	Femenino ☐ Masculino ☒	14 09 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia			
Dirección: CR 17 #45A-20	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3213815237	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Sincelejo	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento: Sucre

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la 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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turquia	NIT	901570934	1

39. Ubicación					
Dirección: CR 4 #7-85	Teléfono: 2905533	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Palermo	Departamento: Huila

Página 1 de 2
03/2016

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Vigilado Supersalud

APROBADO POR RESOLUCIÓN 4505 DE 2012 IMPRESOS S.A. NIT 860.170.427-5 TEL. 430 0196

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		25/05/2022

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.
- [x] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
VICTOR CRUZ	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		RADICADO Para Estudio Fecha 01-06-2022 Firma

OBSERVACIONES:

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

Vigilado Supersalud
Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 27 05 2022

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Lobo	Segundo apellido: Arbelaez	Primer nombre: Carlos	Segundo nombre: Alberto

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.063.616.117	Femenino [ ] Masculino [X]	16 05 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia			
Dirección: CR 16C #45A-20	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3142012604	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Sincelejo	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: Sucre

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

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						

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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turgua	NIT	901 570 934	1

39. Ubicación					
Dirección: CR 4 #2-85	Teléfono: 2905533	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Palermo	Departamento: Huila	

Página 1 de 2
08/2016

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Vigilado Supersalud

IMPRESO POR: COMPUTEC

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		25/05/2022

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

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.
- [X] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
CARLOS A LOBO A	JOSE [illegible]

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	(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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		RADICADO Para Estudio Fecha 01-06-2022 Firma

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación: 27/05/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; 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): 1

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Ramirez	Segundo apellido: Atencia	Primer nombre: William	Segundo nombre: Rafael

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	92.526.944	Femenino [ ] Masculino [X]	05/03/1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: F N M; Condición: T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Correo electrónico
CR 2C #7-125	3024661645	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Sincelejo	Urbana [X] Rural [ ]		Sucre

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la 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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turquia	NIT	901570934	1

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR H #2-85	2905533		Palermo	Huila

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud
Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 805.008.384-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [X] 13. Movilidad: [X] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		27/05/2022

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.
- [X] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
William Ramirez	JOSE [illegible]16

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
[ ]		

VALIDADO Superintendencia Nacional de Salud

ADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

IMPRESO POR CARVAJAL TERPEL S.A. NIT 860.178.467-4 TEL. 4013110

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 25 05 2022

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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 [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; 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): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Torres	Segundo apellido: Pitalua	Primer nombre: Ever	Segundo nombre: Enrique

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	92.276.415	Femenino [ ] Masculino [X]	01 01 1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo: F N M; Condición: T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Colpensiones	1.000.000

18. Residencia			
Dirección: Cll 43 Cra 15B-17	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3113902791	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Sincelejo	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: Sucre

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: F	N	M	Condición: T	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						

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		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turipuia	NIT	901570934	

39. Ubicación				
Dirección: Cra 4 # 2-85	Teléfono: 2905533	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Palermo	Departamento: Huila

VIGILADO Supersalud

Escaneado con CamScanner

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		25/05/2022

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.
- [x] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Ever Torres	ESE PLG

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	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 documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario
		RADICADO Para Estudio Fecha 01-06-2022 Firma

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud
Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD En Pos de tu bienestar

Rad. 23277082

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	25/05/2022

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

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

2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; 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): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Novoa	Guerrero	Leonel	Enrique
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	92.506.202	Femenino [ ] Masculino [X]	07/05/1961

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Colfondos	1.000.000

18. Residencia			
Cll 25 # 18-33		314 6885875	
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Sincelejo	Zona: Urbana [X] Rural [ ]		Sucre
Municipio/Distrito		Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue 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 (DD/MM/AAAA)

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

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	27. Sexo: Masculino	28. Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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 documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turfuia	NIT	901570934	1

39. Ubicación				
CR 4 # 2-85	2905533		Palermo	Huila
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Escaneado con CamScanner

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.
- [x] 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	4.2 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		25052022

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.
- [x] 49. Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza de 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Leonel E nava

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] 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 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 los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación 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 del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

200.23277082
Linea contacto #922

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

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD *En Pos de tu bienestar*

Rad. 23275877

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	25 05 2022

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

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

2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] 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): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Lobo	Segundo apellido: Arbelaez	Primer Nombre: Nelson	Segundo Nombre: Enrique

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	85.165.700	Femenino [ ] Masculino [X]	25 05 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia			
Dirección: CL 45A # 16D-15	Teléfono Fijo:	Teléfono celular: 3024258268	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Sincelejo	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: Sucre.

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	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
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Telefono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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 documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turquia	NIT	901570934	1

39. Ubicación				
Dirección: CR 4 # 2-85	Teléfono: 2905533	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Palermo	Departamento: Huila

Escaneado con CamScanner

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.
- [x] 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	25 05 2022

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.
- [x] 49. Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza de 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Wilson Lobo

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] 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 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 los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación 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 del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma
Rad. 23275877
contacto al # 922

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

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD *En Pos de tu bienestar*

Rad. 23274709

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	31052022

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

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

2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; 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): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Primer apellido	6. Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Guzman	Paternina	Edilberto	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.102.851.211	Femenino [ ] Masculino [X]	24081992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Porvenir	1.000.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
Cll 26B #8		3207416147	

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
Sincelejo	Urbana [X] Rural [ ]		Sucre

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Primer apellido	19. Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Zona: Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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 documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Turquia	NIT	901570934	1

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 4 #2-85	2905533		Palermo	Huila

Escaneado con CamScanner

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.
- [x] 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. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	27 05 2021

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.
- [x] 49. Declaración de no intemeción del cotizante, cabeza de 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
EDILBERTO GUZMAN	JOSE ALTA

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] 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 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 los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación 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 del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma
Rad. 23274709
contacto Linea al #922

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

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008364129	2|7|0|5|2|0|2|2

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)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GARZON (Primer apellido)	TABORDA (Segundo apellido)	SERVIO (Primer nombre)	TULIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	92153193	Femenino ☐ Masculino ☒	0|5|1|0|1|9|7|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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	1000000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 12 66 45		3002692734	NOTIENE@GMAIL.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		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
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		VS SINCELEJO - VS VIVA SINCELEJO	VSSINCELEJ - VSSINCE
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 docuemnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO TURQUIA	NIT	901570934	01

39.Ubicación				
CR 4 2 85 (Dirección)	2905533 (Teleéfono)	CONTABILIDADISAIASVG@GMAIL.COM (Correo electrónico)	PALERMO (Municipio/distrito)	HUILA (Departamento)

Escaneado con CamScanner

No de Radicacion
4008364129

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 ☐		2|5|0|5|2|0|2|2

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 Contributvo,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 poir 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 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

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

RADICADO
Para Estudio
Fecha 31-05-2022
Firma
4008364129

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.

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008364150	2|7|0|5|2|0|2|2

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 ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ECHAVARRIA Primer apellido	REYES Segundo apellido	WILBERTO Primer nombre	Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	6889769	Femenino ☐ Masculino ☒	1|3|0|8|1|9|6|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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.	PROTECCION	1000000

18.Residencia			
CR 16J 43H 12 Dirección	Telefono fijo	3106574356 Telefono celular	NOTIENE@GMAIL.COM Correo electronico

SINCELEJO Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	SUCRE 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		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

	32. Datos de residencia					33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
		Urbana	Rural			
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	VS SINCELEJO - VS VIVA SINCELEJO	VSSINCELEJ - VSSINCE
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 documnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO TURQUIA	NIT	901570934	01

39.Ubicación				
CR 4 2 85 Dirección	2905533 Teleéfono	CONTABILIDADISAIASVG@GMAIL.COM Correo electrónico	PALERMO Municipio/distrito	HUILA Departamento

Escaneado con CamScanner

No de Radicacion
4008364150

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 ☐		2|5|0|5|2|0|2|2

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 Contributvo,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 poir 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Gilberto Echavarria R.	JOSE R16
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

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

RADICADO
Para Estudio
Fecha 31-05-22
Firma
Rad 4008364150

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.

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008372241	3|1|0|5|2|0|2|2

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)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
SILGADO Primer apellido	BERTEL Segundo apellido	FRANCISCO Primer nombre	JAVIER Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1102832978	Femenino ☐ Masculino ☒	0|5|0|7|1|9|9|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.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.	COLFONDOS	1000000

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 35 B 37 40		3043298748	NOTIENE@GMAIL.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		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Urbana	Rural			
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	VS SINCELEJO - VS VIVA SINCELEJO	VSSINCELEJ - VSSINCE
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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO TURQUIA	NIT	901570934	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 4 2 85	2905533	CONTABILIDADISAIASVG@GMAIL.COM	PALERMO	HUILA

Escaneado con CamScanner

No de Radicacion
4008372241

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 ☐		2|7|0|5|2|0|2|2

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 Contributvo,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 polr 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 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
FRANCISCOS	

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

RADICADO
Para Estudio
Fecha 31-05-2022
Firma
rad. 4008372241

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.

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] 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: 1
FECHA DE LA SOLICITUD: 25 05 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Tovar | SEGUNDO APELLIDO: Salcedo | PRIMER NOMBRE: Milton | SEGUNDO NOMBRE: Manuel
7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 92.506.363
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 21 05 2022

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Sura
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1.000.000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: C112 #17-38
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Sincelejo
DEPARTAMENTO: Sucre
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3052532605
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. [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
CÓDIGO IPS

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

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1		CN RC TI CC CE PA SC									F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
2		CN RC TI CC CE PA SC									F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
3		CN RC TI CC CE PA SC									F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
4		CN RC TI CC CE PA SC									F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (La diligencia la EPS)	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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: Consorcio Turquia
36. Tipo documento de identidad: C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [X]
37. Número documento de identidad: 901570934
DV:
38. Tipo de aportante a pagador de pensiones: 1
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CR 4 #2-85 | Palermo | Huila | 2905533
TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 25 05 2022
CARGO
SALARIO

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
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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. [X]

VIII. FIRMAS

Milton Tovar Salcedo
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: 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 acta administrativa 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 autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

OBSERVACIONES:

Versión Superintendencia

600T000 ENERO / 2015

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Escaneado con CamScanner

- ORIGINAL: E.P.S. - - 18. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	1	25 05 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Berrio	SEGUNDO APELLIDO: Guerrero	PRIMER NOMBRE: Eusebio	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]	71.977.634	F [X]	23 02 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	12. DISCAPACIDAD	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Código:	Tipo: F N M — Condición: T P			Sura

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
Colfondos	1.000.000	Cll 47	U. [X] R. [ ]		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
Sincelejo	Sucre		3206918845		

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	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS
T.I. C.C. C.E. P.A. C.D.		F M	DÍA MES AÑO	

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 F M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1								F. N. M.	T. P.
2								F. N. M.	T. P.
3								F. N. M.	T. P.
4								F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Consorcio Turquia	C.C. C.E. P.A. C.D. [X]	901570934		1

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CR 4 #2-85	Palermo	Huila	2905533		

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
25 05 2022		

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 [X] — 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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO
R.C. T.I. C.C. C.E. P.A. C.D. S.C.		F M	DÍA MES AÑO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. MOTIVO DE TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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. [X]

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, Cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Eusebio Berrio	Jose PAG

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad — 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio:	Código del departamento:	Número de ficha:	Puntaje:	Nivel:	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

VERSIÓN 5 (Vigente desde 2020)

Escaneado con CamScanner

- ORIGINAL: E.P.S. -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] 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: 1
FECHA DE LA SOLICITUD: 25 05 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Martinez
SEGUNDO APELLIDO: Carmona
PRIMER NOMBRE: Jeison
SEGUNDO NOMBRE: David
7. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.010.128.459
9. SEXO: F [X] M [ ]
10. FECHA NACIMIENTO: 17 07 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Sura
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1.000.000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cll 15 #25-32
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Sincelejo
DEPARTAMENTO: Sucre
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3145455657
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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
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 F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo F	M	Condición T	P
1														
2														
3														
4														

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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: Consorcio Turquia
36. Tipo documento de identidad: C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [X]
37. Número documento de identidad: 901570934
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: 1
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CR 4 #2-85 | Palermo | Huila | 2905533
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 25 05 2022
CARGO
SALARIO

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 [X] B) AL 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 PREPENSIONADO [ ]
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: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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. [ ]

VIII. FIRMAS

Jeison David Martinez
54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Jose R46
55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
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 declara 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN
Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

OBSERVACIONES:

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

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 800.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

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 [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] 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: 1
FECHA DE LA SOLICITUD: 27 / 05 / 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Velasquez | SEGUNDO APELLIDO: Care | PRIMER NOMBRE: Jesus | SEGUNDO NOMBRE: Manuel
7. TIPO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.102.812.202
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: 08 / 11 / 1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO: Código [ ] Tipo: F [ ] N [ ] M [ ] Condición: T [ ] P [ ]
12. DISCAPACIDAD
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Sura
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1.000.000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CR 16C #45-54
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Sincelejo
DEPARTAMENTO: Sucre
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3217351497
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 DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
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 F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	31. DISCAPACIDAD Condición
1		RC TI CC CE PA CD SC									F. N. M.	T. P.
2		RC TI CC CE PA CD SC									F. N. M.	T. P.
3		RC TI CC CE PA CD SC									F. N. M.	T. P.
4		RC TI CC CE PA CD SC									F. N. M.	T. P.

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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: Consorcio Turfuia
36. Tipo documento de identidad: CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] NIT [X]
37. Número documento de identidad: 901570934
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: 1
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CR 4 # 2-85
DEPARTAMENTO: Palermo
MUNICIPIO: Avila
TELÉFONO FIJO: 2905533
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 25 / 05 / 2022
CARGO
SALARIO

VI. 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. REINSCRIPCION 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
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ [ ]

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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. [X]

VIII. FIRMAS

Jesus Velasquez
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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 suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación: DÍA | MES | AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

RADICADO
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

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

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 800.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

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 [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] 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: 1
FECHA DE LA SOLICITUD: 24 05 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Paternina SEGUNDO APELLIDO: Benitez PRIMER NOMBRE: Wilfrido SEGUNDO NOMBRE: Antonio
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [X] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 92.547.812
9. SEXO: F [ ] M [X]
10. FECHA NACIMIENTO: DÍA 13 MES 05 AÑO 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código [ ]
12. DISCAPACIDAD: Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]
13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN
14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Sura
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Porvenir
17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1.000.000
18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cll 7 Manz 26
ZONA: U. [X] R. [ ]
LOCALIDAD / COMUNA
BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: Sincelejo
DEPARTAMENTO: Sucre
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO MÓVIL: 3208733425
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. [ ]
21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
22. SEXO: F [ ] M [ ]
23. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
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 F	27. SEXO M	28. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD Tipo	Condición
1											F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
2											F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
3											F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]
4											F. [ ] N. [ ] M. [ ]	T. [ ] P. [ ]

	32. DATOS DE RESIDENCIA Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBÉN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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: Consorcio Turquia
36. Tipo documento de identidad: C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [X]
37. Número documento de identidad: 901570934
DV
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: 1
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CR 4 #2-85 | Palermo | Huila | 2905533
TELÉFONO MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 25 05 2022
CARGO
SALARIO

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 [X]
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
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] S.C. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
SEXO: F [ ] M [ ]
FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
42. FECHA (a partir de): DÍA | MES | AÑO
43. EPS ANTERIOR Código
44. MOTIVO DE TRASLADO Código
45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) relacionado(s) depende económicamente de mí. [ ]
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. Anexo copia de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de 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 vigentes 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. [X]

VIII. FIRMAS

WILFRIDO P.
54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad								

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. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]
67. Datos del SISBÉN
Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]
68. Fecha de radicación DÍA | MES | AÑO
69. Fecha de validación DÍA | MES | AÑO

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre
Tipo documento de identidad [ ]
Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

RADICAL
Para Estudio
Fecha 01-06-2022
Firma

OBSERVACIONES:

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

Escaneado con CamScanner

Medellín, 25 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1045522717	HOYOS MEJIA JESUS JOSE	26/05/2022		H1301501	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/05/2022 23:02:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C71977634	BERRIO GUERRERO EUSEBIO	25/05/2022		2541153V	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 16:42:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92546997	BUELVAS ARRIETA LEONARDO DANIEL	25/05/2022		4159p1r6	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 17:13:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 25 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL HUILA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C1063616117	LOBO ARBELAEZ CARLOS	26/05/2022		jD²61153	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/05/2022 21:57:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 25 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1148439080	CRUZ PEÑA VICTOR FAVIO	26/05/2022		14427F13	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/05/2022 22:10:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL HUILA		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6,96 %	
C6889769	ECHAVARRIA WILBERTO	25/05/2022		46jTYD21	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 17:11:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 25 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1072250823	FLOREZ FLOREZ JOSE ANGEL	26/05/2022		63371913	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/05/2022 22:31:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1051827711	GARCIA ACOSTA CARLOS ALFREDO	25/05/2022		q3982282	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 16:53:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92153193	GARZON TABOADA SERVIO	25/05/2022		92189141	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 16:57:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 25 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C78708945	CALDERA RAMOS GILBERTO	26/05/2022		U12152f1	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/05/2022 22:04:55 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 28 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1102851211	GUZMAN PATERNINA EDILBERTO	29/05/2022		e160212W	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/05/2022 06:32:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92540474	PADILLA PACHECO LUIS ALBERTO	25/05/2022		60323123	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 17:04:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C85165700	LOBO ARBELAEZ NELSON	25/05/2022		a1594717	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 16:55:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92536698	MULET GUZMAN EDUARD DE JESUS	25/05/2022		96167t45	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 16:50:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92506202	NOVOA GUERRERO LEONEL ENRIQUE	25/05/2022		24644205	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 16:40:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 25 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92547812	PATERNINA BENITEZ WILFRIDO ANTONIO	26/05/2022		9660GM31	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/05/2022 23:13:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C1100693411	RAMOS HERNANDEZ ANDRES DAVID	25/05/2022		25423594	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 16:48:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 25 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6,96 %
C1005425771	RUIZ JARAMILLO JESUS FERNANDO	26/05/2022		533Ky137	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/05/2022 22:49:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 24 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92516653	SAEZ MARTINEZ ANARGE	25/05/2022		a47139v2	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 24/05/2022 17:02:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.68.26, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 26 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92508067	PINEDA RODRIGUEZ JUAN JOSE	27/05/2022		23712821	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/05/2022 18:16:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 28 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C92526944	RAMIREZ ATENCIA WILLIAM RAFAEL	29/05/2022		25323Z42	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/05/2022 06:24:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 26 de mayo de 2022

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 VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO TURQUIA que se encuentra EN COBERTURA.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL HUILA	Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6,96 %	
C15655076	SUAREZ ESTRADA ISMAEL DE JESUS	27/05/2022		23924214	DEPENDIENTE

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/05/2022 19:26:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.58.38.86, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA