ANEXO 1- CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PERSONAL NATURAL
DIRECCION TERRITORIAL ANDES NORORIENTALES DE PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA

CERTIFICA:

Que **PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO**, identificado con la C.C No **1.098.661.394 de Bucaramanga** ha venido cumpliendo satisfactoriamente las obligaciones del contrato de fecha **01 febrero 2019**

NUMERO : Contrato No 009
REGISTRO : 11119 del 1 de Febrero de 2019
USO PITAL : A-02-02-02-008-003-09
DESCRIPCIÓN : Otros servicios profesionales y técnicos NCP
MUNICIPIO DONDE PRESTO EL SERVICIO: BUCARAMANGA

OBJETO: *Prestación de servicios profesionales a la gestión para asesorar a la Dirección Territorial Andes Nororientales y sus Áreas Protegidas adscritas, en la aplicación efectiva del modelo de planeación establecido para Parques Nacionales Naturales, que incluye los procesos de la planeación operativa; el manejo del aplicativo para el seguimiento a los proyectos y POA, Planes de Manejo y Planeación Estratégica adoptados por Parques Nacionales Naturales, orientando y retroalimentando los ajustes a los instrumentos de planificación de la entidad, acordes a las directrices suministradas por la Oficina Asesora de Planeación.*

Se deja constancia que de acuerdo con la revisión de aportes de salud y pensión, el contratista se encuentra al dia en el cumplimiento de las obligaciones de la Ley 1150 de 2007, frente al sistema de seguridad social asi:

BASE DE COTIZACIÓN PAGO MES FEBRERO		VALOR PLANILLA MES ENERO	
Valor honorarios PNNC	$4.297.164	Salud	$60.000
Base cotización (40%):	$1.718.866	Pensión	$0
		ARL	$0
		TOTAL	$60.000

Que se han verificado los antecedentes del contratista, arrojando la siguiente información:

PENALES	FISCALES	DISCIPLINARIOS	PROFESIONALES (En los casos que requieran)
No registra	No registra	No registra	No registra

NOTA: Sera responsabilidad del Supervisor del contrato la verificación de los antecedentes anteriormente descritos. No se requiere adjuntar los antecedentes a la presente certificación.

Actividad económica: 6920

Por consiguiente se autoriza el pago por las actividades realizadas del 01 al 28 de febrero de 2019 por valor de $ 4.297.164

La presente certificación se firma para trámite de pago.

NANCY ESPERANZA RIVERA
Supervisora del Contrato No. 009 de 2019
Anexo: 14 folios y un CD

ANEXO 4 -MODELO INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Nº CPS: 009 de 2019	NOMBRE DEL CONTRATISTA: PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO		FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: 01 DE FEBRERO DE 2019
OBJETO DEL CONTRATO: *Prestación de servicios profesionales a la gestión para asesorar a la Dirección Territorial Andes Nororientales y sus Áreas Protegidas adscritas, en la aplicación efectiva del modelo de planeación establecido para Parques Nacionales Naturales, que incluye los procesos de la planeación operativa; el manejo del aplicativo para el seguimiento a los proyectos y POA, Planes de Manejo y Planeación Estratégica adoptados por Parques Nacionales Naturales, orientando y retroalimentando los ajustes a los instrumentos de planificación de la entidad, acordes a las directrices suministradas por la Oficina Asesora de Planeación.*			PLAZO DE EJECUCION DEL CONTRATO: **10 MESES 20 DÍAS** VALOR MENSUAL: **$4.297.164** FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: **20 DE DICIEMBRE 2019**
OBLIGACIONES	**ACTIVIDADES**	**PRODUCTOS**	**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO**
1. Presentar un plan de trabajo para el cumplimiento del objeto contractual, el cual deberá ser aprobado por el supervisor del contrato.	Formular un plan de trabajo que contenga la programación de las actividades, y fechas de entrega de productos contratados	Cronograma y plan de trabajo. Informes mensuales de cumplimiento del objeto del contrato Informe final de las actividades ejecutadas con el respectivo informe de gestión.	Se entrega cronograma plan de trabajo para el 2019- a espera de la Ruta de planeación por parte de la OAP Se entrega informe de avance a la ejecución del contrato, correspondiente al mes de febrero de 2019
2. Apoyar la formulación y adopción de los instrumentos de planeación de la Dirección territorial	Apoyar a la Dirección Territorial en asesorar y liderar el proceso de evaluación y reformulación del Plan de Acción Institucional en el marco de lo Implementado por la Oficina Asesora de Planeación de Parques Nacionales Naturales; además de acompañar y retroalimentar la formulación del Plan Estratégico Territorial. • Acompañar a la Dirección Territorial y sus áreas protegidas adscritas en las etapas de formulación y presentación de la planeación operativa	Memorias y documentos que surjan del desarrollo de los talleres y reuniones de evaluación y reformulación del Plan de Acción Institucional en la DT PET formulado ajustado. Memorias y documentos que surjan del desarrollo de los talleres y reuniones de	Se realizó revisión del POA DTAN y sus áreas adscritas con los respectivos jefes: PNN CATATUMBO SFF GARF PNN SYA ANULE PNN TAMA Asi como con los técnicos en los temas correspondientes a: RESTAURACIÓN UOT (CÁRACTERIZACIÓN Y LIMITES) SIRAP Con el propósito de socializar las metas planteadas para la presente vigencia

	anual de la entidad, verificando su articulación al PAI, indicadores del Comité Directivo y cumplimiento de compromisos de la entidad (cooperación internacional, planes de mejoramiento, etc.) Contribuir desde la Dirección Territorial a la socialización de los indicadores de gestión, producto e impacto formulados para la entidad para apoyar su apropiación conceptual por parte del equipo de la Dirección Territorial y de las áreas protegidas adscritas.	evaluación y reformulación del Plan de Acción Institucional en la DT PET formulado ajustado. POAs formulados y con evidencias de ejecución. Actas de trabajo socializados con las diferentes dependencias	Actualmente se cuenta con los POAS 2019 Debidamente formulados y nos encontramos a espera del calendario de la OAP para revisar los tiempos establecidos para el cargue de las evidencias de avances para dichas metas.
3. Acompañar a la Dirección Territorial para brindar asesoría en los temas conceptuales y metodológicos para la aplicación del sistema de seguimiento, evaluación y retroalimentación de la gestión institucional y en el tema de Planeación.	Acompañar a la Dirección Territorial a la implementación de la estrategia de seguimiento a la gestión de la entidad, mediante la dinamización de espacios con el equipo técnico de la Dirección Territorial en los que se prepare la retroalimentación a los POA de las áreas protegidas de jurisdicción de la DT y el acompañamiento a las áreas protegidas. Acompañar a los profesionales de la Dirección Territorial y a las áreas protegidas de la DT en la mejora continua del reporte de seguimiento. Liderar los procesos de seguimiento, análisis y retroalimentación de la	Informe de la retroalimentación metodológica y técnica brindada a los POA de las áreas protegidas, en coordinación con el equipo técnico de la DT Archivo magnético en el que se relacionen el Plan de Acción Institucional, los Planes de Manejo y los Proyectos para la vigencia. Reporte de alertas tempranas sobre el balance de	Actualmente se ha podido avanzar en la revisión de las temáticas de restauración, UOT y Sirap, por parte del equipo técnico y a espera de la contratación de los profesionales responsables de las otras temáticas con el fin de realizar un trabajo conjunto.

	gestión institucional, en función del Plan de Acción Institucional y articulada al plan estratégico territorial y los correspondientes a los planes de manejo de las Áreas Protegidas y proyectos. Liderar la formulación, cálculo y reporte de indicadores y análisis de estadísticas de gestión y la aplicación de los instrumentos de evaluación definidos por la entidad para el cumplimiento de objetivos y metas definidos en el Plan de Acción Institucional, el Plan Estratégico Territorial y los correspondientes a los Planes de Manejo de las Áreas Protegidas, proponiendo las recomendaciones que permitan mejorar la eficiencia de la entidad. Contribuir desde la Dirección Territorial a la socialización de los indicadores de gestión, producto e impacto formulados para la entidad para su apropiación conceptual por parte del equipo de la Dirección Territorial y de las áreas protegidas. Consolidar el informe de	indicadores de gestión incluidos en los POA de DT y sus áreas protegidas - Reportes del seguimiento a la gestión en el sistema definido por la Unidad de Parques - Ayudas de memoria y actas que den cuenta de las actividades desarrolladas. Informes parciales y consolidados de la gestión de la Dirección Territorial y sus áreas adscritas, de acuerdo con las fechas estipuladas.	Se realizó el seguimiento del segundo semestre de 2018 del acuerdo de Gestión, Avalado por la OAP y enviado por Orfeo y físico a la Oficina de Gestión Humana. Se Estructuró el Acuerdo de Gestión para la vigencia 2019 el cual fue revisado y aprobado por el Director Territorial y la OAP Se realizó revisión de unos indicadores de gestión propuestos a la OAP y se realizaron los respectivos ajustes en el POA de la DTAN

	jurisdicción. Compilar la información de contrapartidas de la DT y sus áreas protegidas adscritas por proyecto.	unidad de decisión y proyectos actualizada.	
6. Elaborar y rendir los informes de gestión y temáticos que soliciten las diferentes dependencias de la Unidad de Parques y los Organismos de Control del Estado.	Preparar los diferentes informes y reportes de gestión institucional que sean solicitados y en las fechas establecidas.	Informe semestral consolidado de la gestión de la Dirección Territorial y sus áreas adscritas, de acuerdo con las fechas estipuladas. Reportes que le sean solicitados.	El informe es semestral se debe entregar el primero a mitad de año
7. Atender adecuadamente en términos de calidad y oportunidad los requerimientos que se soliciten a la Dirección Territorial el Área de Planeación relacionados con los instrumentos de gestión adoptados por la Unidad de Parques Nacionales Naturales	Elaborar y enviar en los plazos definidos la información solicitada a la Dirección Territorial por el Área de Planeación	Reportes / documentación enviados en las fechas establecidas al Área de Planeación y Seguimiento	
8. Acompañar de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Área de Planeación, la elaboración actualización y ajuste de los documentos requeridos para el mantenimiento y mejora de los instrumentos de evaluación y control de Parques Nacionales Naturales	Acordar la realización de reuniones con los funcionarios y contratistas de la Dirección Territorial Andes Nororientales y sus Áreas Protegidas adscritas con el fin de prestar apoyo en la elaboración, actualización y ajuste de documentos, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Área de Planeación.	Listado de asistencia. Reporte de documentación	
9. Apoyar a la Dirección Territorial y sus áreas protegidas adscritas en la verificación de la ejecución del presupuesto en el marco del ejercicio de planeación operativa realizado y analizar los	Apoyar el seguimiento a la ejecución del presupuesto teniendo en cuenta las modificaciones (créditos y contra créditos) que se realicen desde la oficina de Planeación del nivel central	Reporte de seguimiento a la ejecución del presupuesto de las ocho áreas protegidas y de la Dirección territorial en los	Se realizó la revisión del presupuesto asignado a la DTAN y a sus áreas adscritas, de la misma forma se revisó la modificación presupuestal tramitada en la DTAN para priorizar la contratación de los apoyos técnicos (administrativos) en la DTAN

traslados que se soliciten en coherencia con el POA de la respectiva unidad de decisión		plazos y tiempos definidos	Se hizo seguimiento a los saldos disponibles para ejecutar con el propósito de avanzar en la contratación priorizada

NOTA: En consecuencia el porcentaje de ejecución para el presente informe es de 9.30% las obligaciones, actividades y productos, fueron ejecutados de manera autónoma e independiente

PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO
C.C. 1.098.661.394
Contratista

Vo. Bo. NANCY ESPERANZA RIVERA VEGA
Supervisora del contrato

ANEXO 3
FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Bucaramanga 28 de febrero de 2019

Señores:
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA
Ciudad

Yo, PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO identificado(a) con documento de identidad No. 1.098.661.394 de Bucaramanga declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 y el artículo 126-1 del Estatuto tributario, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, del mes de Enero, para gestionar el pago de los respectivos honorarios del mes de febrero por valor de **$ 4.297.164** del Contrato de Prestación de Servicios No. 009 del año 2019 suscrito con **Parques Nacionales Naturales De Colombia.**

Ítem	No de planilla	Periodo de pago *año / mes*	Fecha de pago *año / mes / día*
Pensión			
Salud	38828133	2019/ENERO	2019/02/13
Riesgos profesionales			

DOY CONSTANCIA QUE:

1. De acuerdo a los artículos 1.2.4.1.7. y 1.2.4.1.16. del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016 y el Concepto DIAN 001725 del 21 de Agosto de 2018, la procedencia en la depuración de la base de retención en la fuente a título de renta de los aportes de seguridad social se encuentra condicionada al pago de salud, pensión y ARL del mes que origina el pago de la cuenta, lo que quiere decir **que si el periodo de planilla de seguridad social presentada NO corresponde al mismo mes objeto de pago, NO se podrá tener en cuenta para disminuir la base gravable mensual de retención en la fuente.**

2. Los aportes a seguridad social relacionados **SI ( ) NO (X)** han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras Instituciones. De ser afirmativo, el valor de [_____] corresponde a los honorarios recibidos por Parques Nacionales Naturales de Colombia.

3. Mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.

Firma _____
PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO
C.C. No. 1.098.661.394

ANEXO 5
BENEFICIOS TRIBUTARIOS

Yo, Paola Andrea Lozano Solano, Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1098661394 expedida en Bga, solicito me sean aplicadas las siguientes deducciones en el cálculo de la base de retención de acuerdo con los artículos 126-1 y 387 del Estatuto Tributario:

1. Deducción por intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda realizados durante el año 2018:

   SI [ ] NO [X]
   (Adjuntar el certificado de los pagos realizados en el año anterior emitido por la entidad financiera)

2. Pagos por salud durante el año 2018 por concepto de:
   2.1. Contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que implican mi protección la de mi cónyuge, hijos y/o dependientes.
   2.2. Los pagos efectuados por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, con la misma limitación del literal anterior.

   SI [X] NO [ ]
   (Adjuntar el certificado de los pagos realizados en el año anterior emitido por la entidad correspondiente)

3. Deducción por dependientes por:
   3.1. Por hijos hasta 18 años de edad.
   (Adjuntar registro civil de nacimiento donde conste el año de nacimiento y el nombre de los padres)

   3.2. Por hijos con edad entre 18 y 23 años, cuando el contratista financie su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
   (Adjuntar certificado de las entidades de educación superior de las instituciones de educación superior o programas de educación no formal autorizados por las entidades competentes y Fotocopia del documento de identidad del dependiente)

   3.3. Por hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
   (Adjuntar certificado de medicina legal o institución médica competente donde conste la incapacidad física o psicológica)

   3.4. Por cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT.
   (Adjuntar certificado por contador público –en caso de ingresos o de medicina legal o institución médica competente -por dependencia originada en factores físicos o psicológicos y Fotocopia del documento de identidad del dependiente)

   3.5. Por padres y los hermanos que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT.
   (Adjuntar certificado por contador público –en caso de ingresos o de medicina legal o institución médica competente -por dependencia originada en factores físicos o psicológicos y Fotocopia del documento de identidad del dependiente)

   SI [X] NO [ ]

4. También solicito disminuir de la base de retención el valor pagado por (Marcar con una "X"):

   - ☐ Los aportes voluntarios a pensiones (Adjuntar certificado de la entidad correspondiente)
   - ☐ Los aportes a los seguros privados de pensiones (Adjuntar certificado de la entidad correspondiente)
   - ☐ Los ahorros en las cuentas AFC (Adjuntar una certificación de la cuenta expedida por la entidad financiera e informar el valor a descontar en el certificado de pagos mensualmente).

Para efectos de lo anterior, adjunto los certificados correspondientes y, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que estos descuentos SI [ ] NO [ ] serán tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones. Y por lo tanto, en caso de ser afirmativa la respuesta, las deducciones no serán tomadas en cuenta para la disminución de la base de retención en la fuente de Parques Nacionales o Fonam - Parques, atentidiento el artículo 1.2.4.1.6. del Decreto Reglamentario 1625 de 2016.

DICHA INFORMACIÓN DEBERA SER ENTREGADA JUNTO CON LA CERTIFICACIÓN DE PAGOS.

Fecha: día 27 **mes** 02 **año 2019**

Firma: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1096543116

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53312705

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 3 V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

********** COLOMBIA ****** SANTANDER **********GIRON

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	LOZANO

Nombre(s)

JUAN PABLO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes MAR Día 09	MASCULINO	"O"	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA **********SANTANDER ********** BUCARAMANGA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13312163 - 3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOZANO SOLANO PAOLA ANDREA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No 1.098.661.394 DE BUCARAMANGA **********	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ UMAÑA JUAN JOSE **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No 91.184.724 DE GIRON **********	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ UMAÑA JUAN JOSE **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No 91.184.724 DE GIRON *****	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2016 Mes MAR Día 11	Notaría Única del Círculo Nombre y firma

IMPRESO POR: Comercializadora [illegible]

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO



AXA COLPATRIA
reinventando los seguros

AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A.
N.I.T. 900.640.334-5.

CERTIFICA.

Que durante el año gravable 2018, el(la) sr(a), PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO, identificado(a) con CC No. 1.098.661.394 canceló la suma de UN MILLON CUATROCIENTOS UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS ($1.401.750), por el contrato de Medicina Prepagada No. 112603670000 con los siguientes beneficiarios:

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN	VR. ANUALIZADO
JUAN PABLO GONZALEZ LOZANO	HIJO(A)	R.C. 1.096.543.116	$ 1.680.875

TOTAL VALOR ANUALIZADO: $ 1.680.875

El valor que se deberá tomar para efectos de deducción de retención en la fuente, es estrictamente el valor cancelado informado en la parte superior del presente documento.

NOTA: El valor reportado como cancelado incluye IVA, el cual a partir del 01 de Enero de 2013 es del 5% según norma vigente.

Se expide esta certificación a través de la página de internet www.axacolpatria.co el dia (15) QUINCE del mes FEBRERO del 2019 a las 10:44:23a.m.

AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A.

porvenir

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) PAOLA ANDREA LOZANO SOLANO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,098,661,394, se encuentra afiliado(a) al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

D D M M A A A A

108372339

...e instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

...TOS DEL TRÁMITE

...o de Trámite
...filiación: B. Reporte de Novedades: A

2. Tipo de Afiliado
A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia: A | B. Colectiva | D. De Oficio
Beneficiario o Afiliado adicional | C. Institucional

3. Régimen
A. Contributivo: A | B. Subsidiado

...o de Afiliado
...otizante: A | B. Cabeza de familia | C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante
A. Dependiente | B. Independiente: X | C. Pensionado

Código
(a registrar por la EPS)

A: AFILIACIÓN

...TOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

...pellidos y nombres

...er Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
LOZANO	SOLANO	ANGELA	ANDREA

...o de documento de identidad	6. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
TI CE CD CN PA SC	1098661394	Femenino:	Masculino: D D M M A A A

...ATOS COMPLEMENTARIOS

...sos Personales

...nia	12. Discapacidad: Tipo F H M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

...dministradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		828.116

...sidencia
...rección: CLL 22 # 16-07 MZ 30 CASA 6 CAMPESTRE LOS PINOS

Teléfono Fijo: 1-6

...léfono Celular: 3012178504

Correo Electrónico:

...unicipio / Distrito	Zona: Urbana: A	Rural	Localidad / Comuna	Departamento
BUCARAMANGA				SANTANDER

...ATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

...sos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

...pellidos y nombres

...mer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

...po de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
TI CE CD CD PA SC		Femenino: Masculino:	D D M M A A A

...sos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

...pellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

...os Complementarios

...po de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	

...Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afi... Adicional (a registrar por la...
	F N M	T P		Urbana: Rural:			
	F N M	T P		Urbana: Rural:			
	F N M	T P		Urbana: Rural:			
	F N M	T P		Urbana: Rural:			
	F N M	T P		Urbana: Rural:			

...ección de la IPS Primaria

...ombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la...
CAP BUCARAMANGA	
DOM BUCARAMANGA	

Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR - 2a Copia: AFILIADO

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

Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación: NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de [illegible]

Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación.
2. Corrección de datos básicos de identificación.
3. Actualización del documento de identidad.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS.
Código
6. Reinscripción en la EPS.
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones cole
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento.
18. Reporte del trámite de protección al cesante.
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
19. Reporte de la calidad de Pensionado.

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: RC TI CE CD NI CC PA SC | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento: D D M M A A A A | 42. Fecha: D D M M A A A A

EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pens

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públ que por sus funciones lo 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 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: 1098601394

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

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 sen 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 p
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.

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN: 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

Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario

Observaciones: 3010 - 127655

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información [illegible] de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: NAYLA CASTAÑEDA 63325565

SANITAS OFICINA BUCARAMANGA RECIBIDO POR: FECHA: HORA:

Sticker procesamiento

ARUS
Tecnología + Información + Conocimiento

Fecha creación: 2019-02-19, 11:41:43 a.m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 38828133

Periodo Cotización: 201812 **Periodo Servicio:** 201901

PAGADA 2019-01-13 15:25:23.0 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 13/01/2019, la empresa PROYECTOS EMPRESARIALES Y URBANISTICOS SAS, con documento de identificacin NI901179754, cancel los aportes de seguridad social correspondientes al empleado LOZANO SOLANO PAOLA ANDREA, con CC 1098661394, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N830008686	14-29	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA
AFP	N000000000	NIN-AF	NINGUNA AFP
EPS	N800251440	EPS005	EPS SANITAS
CCF	N860045904	CCF26	COMFACUNDI
SENA	N899999034	PASENA	SENA
ICBF	N899999239	PAICBF	ICBF
MIN	N899999001	PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION
ESAP	N899999054	PAESAP	ESAP

Rad No. 2019-554-000175-2
2019-03-01 09:31 - Us PDUARTE
Destino: DTAN - GESTION FINANCIERA
Remit: PAOLA ANDREA LOZANO
Asunto: DOCUMENTOS PARA TRAMITE DE CUENTA DE PAO
Visite: www.parquesnacionales.gov.co

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

EXPERTOS en PILA

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ARUS

SuAporte | Constancia de Pago Afiliados

Nro Planilla: 38828133 Fecha de creación del martes, 19 de febrero de 2019 11:37:05 AM

Periodo de Cotización: 2018-12

Periodo de Servicio: 2019-01

Tipo Planilla: E- PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS.

PAGADA 13/01/2019 EN HORARIO EXTENDIDO

Se certifica que en la fecha 2019-01-13, la empresa PROYECTOS EMPRESARIALES Y URBANISTICOS SAS con documento de identificación NI901179754, canceló los aportes de seguridad social correspondientes a los siguientes empleados y dirigido a las siguientes entidades:

DATOS DE LOS AFILIADOS

1. Documento	2. Apellidos y Nombres	3. AFP	4. EPS	5. ARP	6. CCF	7. Pagó ICBF	8. Pagó SENA	9. Pagó FSP	10. Pagó MEN	11. Pagó ESAP
CC 1098681394	LOZANO SOLANO PAOLA ANDREA	NINGUNA AFP	EPS SANITAS	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA	COMFACUNDI	NO	NO	NO	NO	NO

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA