DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN No. CO1.PCCNTR. 3885831 de 09-08-2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (09/08/2022) Hasta (08/09/2022)

1. DATOS DEL CONTRATO			
Unidad ejecutora:	**DANE** X **FONDANE**		
Contratista:	**OSCAR GERMAN AVELLANEDA RAMIREZ**		
Identificación (CC – NIT):	**1022998233**		
Objeto:	AMBIENTAL_2022_EAI_TH_TU_IINT Prestación de servicio de apoyo a la gestión en la ejecución de todos los procesos operativos concernientes a la sensibilidad, captura, crítica, orientación a las fuentes en el diligenciamiento de la herramienta de captura, el objeto de la investigación y la gestión de requisitos f rente a la consistencia de la información reportada de acuerdo al directorio asignado de la Encuesta Ambiental Industrial - EAI 2021.		
Valor del Contrato*:	**$ 4.642.089**		
Plazo:	**3 meses, Hasta el 08 de noviembre de 2022**		
Pago Número:	**1 de 3**		
Valor del pago	**Honorarios: $ $1.472.363** **Transporte urbano: $ 22.500** **Comunicaciones: $ 52.500** **Total pago: $ 1.547.363**		
Porcentaje de ejecución física	**30%**		
N° Registro Presupuestal y fecha	**108622 de 09/08/2022**		
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	**85-46-101031639 08/08/2022**		
Modificaciones:	**CO1.CTRMOD.9166199**		
Fecha de Inicio:	**09/08/2022**	**Fecha de Terminación:**	**08/11/2022**
Dependencia:	**TERRITORIAL NORTE – Operativo**		
Lugar de Ejecución	**BARRANQUILLA**		
Supervisor – Cargo:	**Marcela Eusse Marino - Profesional Especializado 12**		

*Debe incluir el valor de las adiciones, si aplica.
**Debe tener en cuenta las prórrogas, si aplica.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
1. Asistir de manera puntual a las reuniones, reinducciones y reentrenamientos requeridos sobre aspectos procedimentales, metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el f in de mejorar el desarrollo del operativo de campo y Asistir a las reuniones o reinducciones operativas que se requieran para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de mejorar o	Asistí al curso de capacitación para el inicio del operativo, y los reentrenamientos programados para dominar los conceptos temáticos y operativos impartidos en el mismo.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 ACTAS DE REUNIÓN\Actas de Reuniones con Contratistas\agosto.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran.		
2. Comunicar a las fuentes la apertura del periodo de recolección y darles a conocer la metodología de la investigación, el funcionamiento del instrumento y los tiempos establecidos para el reporte.	Recolecté la información requerida de la investigación EAI, según la metodología bajo los parámetros establecidos en los manuales y en los tiempos establecidos en el cronograma de la investigación.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO \\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 CRONOGRAMA http://formularios.dane.gov.co/eai/ ogavellanedar@dane.gov.co
3. Recolectar la información requerida de la operación estadística de acuerdo a la metodología, manuales y verificar que la información de los formularios quede completamente grabada.	Critiqué y codifiqué la información suministrada por las empresas según la metodología bajo los parámetros establecidos en los manuales y en los tiempos establecidos en el cronograma de la investigación asignada, empleando los sistemas de procesamiento diseñados para tal fin.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO \\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 CRONOGRAMA http://formularios.dane.gov.co/eai/
4. Generar espacios virtuales o presenciales con las fuentes que permitan avanzar en los procesos de sensibilización, manejo de la herramienta de captura y consistencia de la información, asegurando la debida entrega del acervo documental requerido (Actas y Listas de Asistencia)	Realicé el operativo de campo requerido para hacer seguimiento a las empresas con novedad, y entregar los soportes necesarios para la asignación del código de novedad correcto.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\NOVEDADES
5. Generar y gestionar comunicaciones asertivas, claras y oportunas con las fuentes frente a las observaciones	Realicé llamadas y video llamadas con las fuentes indagando las observaciones o aclaraciones de la información en el formulario.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 ACTAS DE

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
o aclaraciones requeridas con el fin de sustentar los comportamientos de las variables de estudio de la Operación Estadística, de acuerdo con las devoluciones recibidas por DANE Central.		REUNIÓN\Actas de Asesorías a la Fuente\Agosto
6. Realizar el seguimiento continuo al desarrollo del operativo, según el directorio asignado, garantizando la cobertura, calidad, consistencia y oportunidad de la información reportada, así como reportar de manera oportuno las novedades o ajustes reportados por las fuentes.	Se realizaron visitas a las fuentes para este período y la mayoría de las asesorías, se realizaron telefónicamente. Se verifico con otros estudios la información reportada en las novedades, se consultó con la EAM y la Emmet.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 ACTAS DE REUNIÓN\Actas de Asesorías a la Fuente\Agosto
7. Realizar el seguimiento continuo de la actividad económica de las empresas asignadas, informando de manera oportuna los cambios que se presenten.	Cumplí con los envíos de información al DANE Central en los plazos estipulados según el cronograma de la investigación, garantizando cobertura de las fuentes asignadas, y cualquier novedad ha sido manifestada nuestra coordinadora en las reuniones presenciales en el DANE.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 CRONOGRAMA http://formularios.dane.gov.co/eai/
8. Realizar la gestión requerida para la recuperación de las fuentes en deuda y renuentes, aplicando estrategias de sensibilización y acuerdos de entrega de información que garanticen la cobertura total del directorio en los tiempos establecidos.	Realicé los informes de actualización del directorio de acuerdo a los cambios reportados por los establecimientos industriales.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO http://formularios.dane.gov.co/eai/ ogavellanedar@dane.gov.co
9. Criticar y codificar la información suministrada por las empresas según la metodología bajo los parámetros establecidos en los manuales y en los tiempos establecidos en el cronograma de la investigación asignada, empleando los sistemas de procesamiento diseñados para tal fin.	Entregué reporte de los ajustes de la información de meses o años anteriores notificados por la fuente.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO http://formularios.dane.gov.co/eai/ ogavellanedar@dane.gov.co

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN No. CO1.PCCNTR. 3885831 de 09-08-2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (09/08/2022) Hasta (08/09/2022)

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
10. Efectuar visitas a las fuentes que sean asignadas por el asistente técnico, coordinador de campo y/o el responsable de la investigación, de forma periódica, garantizando un acompañamiento continuo a cada uno de los establecimientos asignados durante el operativo, sobre todo para aquellos que presenten resistencia al suministro de información, ameriten un seguimiento especial de acuerdo al comportamiento presentado en la información o tengan dificultades con el proceso de diligenciamiento de los datos solicitados.	Realicé visitas a algunas fuentes que presentaban dudas en el uso del aplicativo, además de cómo se debe de diligenciar la información en el aplicativo.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales \\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 INFORME\Agosto
11. Estar en permanente comunicación con los analistas de DANE Central en aras de fortalecer los lineamientos y apoyo en los procesos de crítica, casos especiales, cruces de las operaciones estadísticas y coherencia de la información reportada.	Conservé y entregué la evidencia f ísica y electrónica de la realización de las actividades desarrolladas. Además, se cuenta con permanente comunicación con nuestra coordinadora y con la analista que nos esta apadrinando.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales \\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 INFORME\Agosto
12. Generar contextos sectoriales que detallen las coyunturas de las empresas, la ciudad o región durante el periodo estadístico de recolección.	N/A	
13. Hacer uso de las instalaciones y herramientas dispuestas por el DANE o de instalaciones o herramientas alternativas a discreción de la supervisión del contrato, de acuerdo con los lineamientos metodológicos establecidos	Atendí los requerimientos sobre las verificaciones solicitadas por el DANE central y respondí oportunamente a las solicitudes o aclaraciones de la información.	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales ogavellanedar@dane.gov.co
14. Apoyar las actividades de otras investigaciones económicas	Apoyé las actividades de otras investigaciones económicas y realizar los cruces de información que se requieran, con	\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integranel archivo del área correspondiente)
y realizar los cruces de información que se requieran, con el fin de garantizar coherencia y calidad entre las cifras reportadas por una misma fuente a varias investigaciones.	el fin de garantizar coherencia y calidad entre la información reportada por una misma fuente a varias investigaciones.	EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales \\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Sensibilización a las Fuentes\Agosto
15. Participar en los procesos y actividades requeridas para la actualización de Directorio de las Encuestas Económicas, entregando dentro del cronograma propuesto.	Informé al responsable de la investigación los inconvenientes que se me presentaron para la realización de mi trabajo. Realicé los informes de actualización del directorio de acuerdo a los cambios reportados por los establecimientos industriales.	\\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales \\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 INFORME\Agosto
16. Conocer y aplicar los lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad SGC, en desarrollo de cada una de las actividades del contrato. desarrollo del operativo se requieran.	Di buen manejo a los recursos operativos que fueron puestos a disposición, para realizar la ejecución del operativo. Asistí puntualmente a las reuniones o reinducciones operativas que se requieran para tratar aspectos metodológicos, tecnológicos y técnicos de la investigación con el fin de mejorar o socializar procesos que en el desarrollo del operativo se requieran.	\\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales \\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 INFORME\Agosto
17. Dar buen manejo a los recursos financieros que se le asignen durante la ejecución del operativo.	N/A	
18. Informar al Supervisor de campo los inconvenientes que se le presenten para la realización de su trabajo, con el fin de tomar oportunamente los correctivos, en todo caso el supervisor contractual tomara las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con	Cumplí cabalmente con reportar la información de las novedades e inconvenientes presentados en la localización de las fuentes, algunas quedaron pendientes, para contactar en el segundo corte.	\\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos		
19. Presentar los informes parciales y f inales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas, con calidad de acuerdo a la metodología de la investigación.	Presenté los informes parciales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas, con calidad de acuerdo a la metodología de la investigación.	ogavellanedar@dane.gov.co \\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales
20. Cumplir cabalmente el Protocolo de Bioseguridad para la Prevención de la Transmisión de COVID-19 DANE – FONDANE en el marco de normas establecidas por el Gobierno Nacional.	Cumplí cabalmente el Protocolo de Bioseguridad para la Prevención de la Transmisión de COVID-19 DANE - FONDANE en el marco de normas establecidas por el Gobierno Nacional.	\\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI
21. Hacer uso permanente de los canales de comunicación, notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE, para informar las novedades y estar informados de manera permanente sobre las recomendaciones y decisiones que se tomen en el marco de la emergencia sanitaria.	Hice uso permanente de los canales de comunicación, notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE, para informar las novedades y estar informados de manera permanente sobre las recomendaciones y decisiones que se tomen en el marco de la emergencia sanitaria	\\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales
22. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual y que sean designadas por el encargado del control y vigilancia.	Desarrollé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato.	\\\serverbq.dane.gov.co\4.0.2.OPERATIVA_TNBAQ\2021\3.OPERACIONES_ESTADISTICAS\7.EAI\4.0237 DOCUMENTOS DE APOYO\Soportes Mensuales

* **Relaciones las actividades como se describen en el contrato.**

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN No. CO1.PCCNTR. 3885831 de 09-08-2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (09/08/2022) Hasta (08/09/2022)

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	
ITEM	**ENTIDAD**
SALUD	**EPS-Salud total** certificado de afiliación
PENSIÓN	**porvenir** certificado de afiliación
ARL	**SURA** certificado de afiliación

4. DATOS DEL CONTRATO (Sólo para el último informe)	
Valor inicial	**$ 0**
Valor total (Incluye adiciones)	**$ 0**
Valor cancelado o pagado	**$ 0**
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	**$ 0**
Valor por cancelar	**$ 0**
Saldo por liberar	**$ 0**

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		
¿LE HAN RECONOCIDO PENSION?	**SI** ___ **NO** _**X**__ **Entidad que la reconoció:** XXXXXX	
¿PERTENECE A ALGUN REGIMEN ESPECIAL?	**SI** ___ **NO**__**X**___	**¿CUAL?:**
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMLV**)**	**SI** ____ **NO**__**X**__	

6. ESTADO ORFEO

Una vez revisado ORFEO a cargo del contratista, se identificó que SI__ NO__ se encuentran radicados pendientes a la fecha, para el período objeto del presente informe.

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia en el área.

Para el informe final se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente con la firma de la dependencia responsable de Orfeo.

7. ALMACEN (Sólo para el último informe)

Anexar Paz y Salvo Grupo Almacén e Inventarios SI__NO__

8. OBSERVACIONES (Para ser diligenciado por supervisor, sí aplica)

9. DECLARACIÓN ESPECIAL

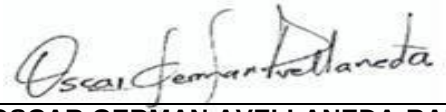
El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como la información de las Entidades a las que aporta al Sistema Ge neral de Seguridad Social Integral – SGSSI. Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad del contratista.

La supervisión verificó el cumplimiento de las actividades a cargo del contratista y toda la información registrada en el pre sente documento, así como también certifica que todos los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha están publicados en el SECOP.

Fecha de elaboración: **14/09/2022**

Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron el día (14) del mes de septiembre de 2022.

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión: 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN No. CO1.PCCNTR. 3885831 de 09-08-2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (09/08/2022) Hasta (08/09/2022)



OSCAR GERMAN AVELLANEDA RAMIREZ
Contratista



Vo. Bo. **MARCELA EUSSE MARINO**
Profesional Especializado 12
Supervisor(a)

BQUILLA, Septiembre 9 de 2022

Señor:
AVELLANEDA RAMIREZ OSCAR GERMAN
CC. 1022998233
CR 4 24 B 2 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 12 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
AVELLANEDA RAMIREZ OSCAR GERMAN	1022998233	C	Nov-12-2013	44	26	COTIZANTE	VIGENTE		Suspendido	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ATENTO TELESERVICIOS ESPAÑA S.A.SUCURSAL EN COLOMB	1022998233	Dependiente	CERRADO
EXPERTOS G	1022998233	Dependiente	CERRADO
INVAMER SAS	1022998233	Dependiente	CERRADO
OSCAR GERMAN AVELLANEDA RAMIREZ	1022998233	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO SÁNCHEZ
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008886907	0|8|0|9|2|0|2|2

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

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

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

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

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

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

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
AVELLANEDA Primer apellido	RAMIREZ Segundo apellido	OSCAR Primer nombre	GERMAN Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1022998233	Femenino ☐ Masculino ☒	0|5|0|9|1|9|9|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
CR 4 24 B 2		3215098707	OGAVELLANEDA@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BARRANQUILLA	Urbana ☒ Rural ☐		ATLANTICO

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 BOULEVAR - VS UOD PRADO	VSBOULEVAR - VSUODPRADO
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)
OSCAR GERMAN AVELLANEDA RAMIREZ	CC	1022998233	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 4 24 B 2	3215098707	OGAVELLANEDA@GMAIL.COM	BARRANQUILLA	ATLANTICO

No de Radicacion
4008886907

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Oscar Avellaneda	Oscar Avellaneda
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, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Medellín, 13 de septiembre de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que OSCAR GERMAN AVELLANEDA RAMIREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022998233 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2022 **Fecha fin cobertura:** 02/11/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA N899999027

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1751201 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA EN GENERAL, INCLUYE MINISTERIOS, ORGANOS, ORGANISMOS Y DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS EN LOS NIVELES CENTRAL, REGIONAL Y LOCAL

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - DIRECCION REGIONAL DE B/QUILLA

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0,522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
1751201 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA EN GENERAL, INCLUYE MINISTERIOS, ORGANOS, ORGANISMOS Y DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS EN LOS NIVELES CENTRAL, REGIONAL Y LOCAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
1751201 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA EN GENERAL, INCLUYE MINISTERIOS, ORGANOS, ORGANISMOS Y DEPENDENCIAS ADMINISTRATIVAS EN LOS NIVELES CENTRAL, REGIONAL Y LOCAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1751201

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

Su pago lo debe realizar con riesgo 1 (0,522 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10229982332225652626

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: 13/09/2022 2.37 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

OSCAR GERMAN AVELLANEDA RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.998.233**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Septiembre 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.