	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	04
		Vigencia:	14-07-2022

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2022-005538-CP**

FECHA: 14 de septiembre de 2022

El suscrito ***TC. NAILY AKID GANEM HERNANDEZ*** Ordenador del Gasto de ***COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 1*** nombrado mediante ***resolución 204 25 de febrero de 2022*** ; autoriza ***pago parcial PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN, PERSONAL DOCENTE EN ÁREAS ACADÉMICAS, ENTRENADORES DEPORTIVOS, CULTURALES Y PROFESIONALES PARA EL APOYO DE DIFERENTES ÁREAS EDUCATIVAS QUE FACILITEN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ESCOLAR DEL GIMNASIO MILITAR FAC TC. FLAVIO ANGULO PIEDRAHITA.*** y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo a lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aérea Colombiana"

CONCEPTO	DESCRIPCION
PROVEEDOR	CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	800.116.217-2
No DOC. SOPORTE	083-00-D-CACOM-1-DEDHU-2022
VALOR TOTAL	$296.842.500,00
VALOR A PAGAR	$54.421.125,00
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	02-02-02-009-002-01-16 $7.777.973,85 / 02-02-02-009-002-02-16 $15.555.947,71 / 02-02-02-009-002-03-16 $25.161.128,12 / 02-02-02-009-002-09 $5.926.075,32
NÚMERO DE LA ENTRADA DE SERVICIO (SAP)	5002953035 / 5002955037 / 5002955038 / 5002955039
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL SERVICIO RECIBIDO (SAP)	4500424128
VIGENCIA	2022
PAC MES	SEPTIEMBRE 2022
BANCO	DAVIVIENDA
TITULAR	CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	Ahorros
NUMERO CUENTA	0550004000146995
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (Diligenciar cuando aplique)	
TITULAR	
NIT/C.C	
BANCO	
TIPO DE CUENTA BANCARIA	
NUMERO CUENTA	

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	No. FOLIOS
BUZÓN HERMES	Formato Certificación para pago, vigente suite visión	3
ORIGINAL/COPIA	Formato Recibo a satisfacción de bienes y/o servicios, vigente Suite Visión *Se debe detallar conforme el anexo técnico	3
MAGNÉTICO Y SECOP II	Certificado de Disponibilidad CDP	SECOP II

FAC-S-2022-005538-CP

MAGNÉTICO	Formato Certificado Plan de Adquisiciones	**1**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Registro presupuestal CRP, Anexar la última versión que coincida con el plan de pagos que se va realizar	**SECOP II**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Contrato, principal, modificatorios y/o adiciones	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Resolución por multas y sanciones y/o cesión de derechos económicos	**N/A**
ELECTRÓNICA	Factura (Detalle de los bienes y/o servicios de acuerdo al anexo técnico), cuenta de cobro (cuando aplique).	**1**
COPIA	Entrada de bienes impresa y firmada y para la entrada de servicios se deberá relacionar en formato de certificación para pago el número de la entrada y el número del pedido del servicio recibido SAP, con el fin de que la sección de contabilidad pueda revisar el registro contable y realice la MIRO en SAP	**N/A**
MAGNÉTICO	Radicación cuentas por pagar de pagos parciales y/o amortización anticipos y/o legalización pagos anticipos	**12**
COPIA	Acta de Inicio (Para pago anticipado y anticipo contratos de obra civil)	**N/A**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Garantía Única de Cumplimiento - Póliza de garantía debidamente aprobada	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Certificación Parafiscales: El indicar que se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales y seguridad social, a la fecha de radicación, además debe ser suscrito por el Revisor Fiscal en Sociedades Anónimas o cuando el certificado acredite la existencia del Revisor Fiscal; por el Representante Legal cuando es un tipo de sociedad diferente a la anteriormente citada, siempre y cuando no esté obligado a tener revisoría fiscal. Aplica para contratistas con personal contratado por tercero. Si el contratista es persona natural sin personal a cargo, debe certificar (Planilla de pago) su afiliación y que se encuentra al día en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social, detallando nombre completo y tipo y número de documento de identidad.	**60**
MAGNÉTICO	Balances de avance de obra o entra final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles)	**N/A**
MAGNÉTICO Y SECOP II	RUT (Del estudiante y de la Institución Educativa para los apoyos educativos, no superior a 30 días, a la que se le realizará el endoso)	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Formato imputación bienes y servicios por rubro presupuestal, vigente suite visión	**1**
MAGNÉTICO Y SECOP II	Certificación cuenta bancaria proveedores de la cuenta donde se abonaran los pagos	**SECOP II**
MAGNÉTICO	Los demás documento que se requieran y/o los que se hayan suscrito en el contrato	**2**
	TOTAL DOCUMENTOS	**83**

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	4
		Vigencia:	14-07-2022

En constancia de lo anterior firman:



Teniente Coronel NAILY AKID GANEM HERNANDEZ
Segundo Comandante Y Jefe De Estado Mayor Cacom 1

Elaboró AS14. JAIME / DECON Revisó: Aprobó

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	03
		Vigencia:	14-11-19

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARCIAL NO. 1	06 DE SEPTIEMBRE DE 2022
CONTRATO No	083-00-D-CACOM1-DEDHU-2022
FECHA SUSCRIPCIÓN	29-07-2022
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, personal docente en áreas académicas, entrenadores deportivos, culturales y profesionales para el apoyo de diferentes áreas educativas que faciliten el desarrollo del proceso de formación escolar del Gimnasio Militar FAC TC. Flavio Angulo Piedrahita.
FORMA DE PAGO	

No.	FECHA DE CORTE	MES DEL PAGO	VALOR
1	30 de agosto	PAC SEPTIEMBRE	$74.210.625
2	30 de septiembre	PAC OCTUBRE	$74.210.625
3	30 de octubre	PAC NOVIEMBRE	$74.210.625
4	30 de noviembre	PAC DICIEMBRE	$74.210.625

CONTRATISTA	CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
INTERVENTOR	N/A
SUPERVISOR	CT. ANDREA CAROLINA GÓMEZ RUGE PRINCIPAL TE. MYIRIAM LILIANA CÁRDENAS GARCÍA SUPLENTE
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$296.842.500 DOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS MCTE
PLAZO DE EJECUCION (DE ENTREGA)	30 noviembre de 2022
FECHA DE INICIO	9 de agosto de 2022
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A
CONTRATO MODIFICATORIO No1	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	N/A
OBJETO DEL CONTRATO	N/A
FORMA DE PAGO	N/A
PLAZO DE ENTREGA	N/A
VALOR FINAL DEL CONTRATO	N/A

En Puerto Salgar, Cundinamarca, el día 06 de septiembre de 2022, se reunieron el señor NAILY AKID GANEM HERNANDEZ Segundo Comandante CACOM 1, en su calidad de ordenador del gasto, la señora CT. ANDREA CAROLINA GÓMEZ RUGE en su calidad de supervisora por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA y el señor HAROLD DE JESÚS CASTILLA DEVOZ representante legal de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, en su calidad de contratista; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los servicios prestados desde el 09 de agosto al 30 de agosto de 2022, correspondientes al objeto contractual descrito en el citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a los servicios, mediante la visita a las clases, verificando la asistencia del personal contratado a las actividades académicas requeridas durante el tiempo citado anteriormente, se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y especificaciones técnicas y la prestación del servicio se cumplió dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DE SERVICIOS ENTREGADOS	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, personal docente en áreas académicas, entrenadores deportivos, culturales y profesionales para el apoyo de	El contratista la Corporación Universitaria Minuto de Dios a través de 22 colaboradores que prestaron sus servicios desde el 09 de agosto al 30 de agosto de 2022, según lo estipulado en la Ficha Técnica del bien o servicio contratado.	

diferentes áreas educativas que faciliten el desarrollo del proceso de formación escolar del Gimnasio Militar FAC TC. Flavio Angulo Piedrahita	Durante el periodo se contó con la colaboración de (01) psicólogo, (01) profesional para desarrollo pedagógico, **(01)** Coordinador del programa militar, **(03)** Docentes en el área de educación preescolar, **(02)** Docente en el área de educación básica primaria, **(02)** Docentes en ciencias naturales y /o de química, **(02)** Docente en el área de educación física, **(02)** Docentes en el área de español, (1) Docente de tecnología e informática, **(03)** Docente de idioma ingles **(01)** Docente en el área de educación en filosofía, ética y religión, **(01)** Docente en el área de matemáticas, **(02)** instructor Militar. **NOTA:** Cabe aclarar que se entrega recibo a satisfacción con fecha 6 de septiembre dado que la Corporación Universitaria allegó la totalidad de las afiliaciones a seguridad social del personal docente el día 6 de septiembre de 2022.

DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS)	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
ANEXOS O ACTIVIDADES SOPORTE DE LA (S) FACTURA (S) A CANCELAR	**CANTIDAD**	**OBSERVACIONES GENERALES**
N/A	N/A	N/A

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)		
NOMBRES Y APELLIDOS	**CARGO**	**OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)**
LUIS FERNANDO MARIN	PSICOLOGO	PSICOLOGO
XIMENA PEÑA NAVAS	PROFESIONAL DESARROLLO PEDAGOGICO	PSICOLOGA
JAIRO IVAN MENDEZ DIAZ	COOR. MILITAR	INSTRUCTOR MILITAR
JAIRO REY CONTRERAS	INS. MILITAR	INSTRUCTOR MILITAR
RODOLFO GARZON GONZALEZ	INS. MILITAR	INSTRUCTOR MILITAR
SANDRA VIVIANA CAMACHO OSPINA	FORMADOR	ESPAÑOL
MARIA ANGELICA OLACIREGUI PALACIO	FORMADOR	BASICA PRIMARIA
JHON FERNANDO RAMIREZ OSPINA	FORMADOR	FILOSOFIA, RELIGION
JEFERSSON GUTIERREZ BERMUDEZ	FORMADOR	INGLES
JESUS DAVID GONZALEZ AVILA	FORMADOR	TECNOLOGIA E INFORMATICA
GUSTAVO ADOLFO GUEVARA TRUJILLO	FORMADOR	EDUCACIÓN FISICA
RODRIGO ALEJANDRO GUARIN	FORMADOR	ESPAÑOL
MANUELA TORO SOTO	FORMADOR	C. NATURALES
PAULA ANDREA ROMERO MARIN	FORMADOR	PREESCOLAR
LINA MARIA QUINTERO ESCOBAR	FORMADOR	PREESCOLAR
LUBIOLA MARIA CASTILLA RUIZ	FORMADOR	PREESCOLAR
ESTEFANY BAENA	FORMADOR	BASICA PRIMARIA
RODRÍGUEZ CARVAJAL GESETH CAROLINA	FORMADOR	INGLES
CARLOS ANDRES GOMEZ PUENTES	FORMADOR	C. NATURALES
SANTIAGO TRUJILLO BETANCURT	FORMADOR	MATEMATICAS
JHON HENRY LOPEZ CRUZ	FORMADOR	ED. FÍSICA
KAROL TATIANA DIAZ GUZMÁN	FORMADOR	INGLES

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS BIENES
NO APLICA

SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO		
DETALLE DEL PAGO	**VALOR**	**OBSERVACIONES**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 296.842.500	

VALOR ADICIÓN	N/A	
VALOR FINAL CONTRATO	$ 296.842.500	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	N/A	
PRIMER PAGO PARCIAL PAC SEPTIEMBRE	$ 54.421.125	FACTURA No UMAD 4287 DEL 31-08-2022
SALDO	**$ 242.421.375**	

ANEXOS

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTOS	ANEXO
ORIGINAL	*Certificación para pago en el formato vigente*	X
COPIA	Certificado disponibilidad "CDP"	
COPIA	Registro presupuestal CRP	
COPIA	Contrato, modificatorios y/o adiciones	
ORIGINAL	Factura (s) No. **UMAD 4287**	X
COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	X
COPIA	Radicación cuentas por pagar de pagos parciales y/o amortización anticipos y/o legalización pagos anticipados.	X
COPIA	Acta de inicio (para contratos de obra, mantenimiento, suministros, prestación de servicios)	
COPIA	Garantía Única de Cumplimiento	
COPIA	Certificación de aportes seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y recibo del último pago (planilla pago)	X
COPIA	Balances de avance de obra o entrega final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles).	
ORIGINAL	Certificación de adiciones y mejoras en propiedad planta y equipo *formato vigente*	
COPIA	RUT	
COPIA	Cuadro resumen de ejecución y pagos para contratos en moneda extranjera	
COPIA	Certificación bancaria de la cuenta donde se abonarán los pagos	
COPIA	Imprimir pantallazo de la consulta que la cuenta bancaria este en estado ACTIVA en el sistema SIIF	
COPIA	Licencia de importación	
COPIA	Declaración de importación	
COPIA	Guía aérea	
COPIA	Guía de empaque	
COPIA	Los demás documentos que se requieran	

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

HAROLD DE JESÚS CASTILLA DEVOZ **Representante Legal Corporación Universitaria Minuto de Dios** **CONTRATISTA**	**CT. ANDREA CAROLINA GÓMEZ RUGE** **SUPERVISOR**

TC. NAILY AKID GANEM HERNANDEZ
SEGUNDO COMANDANTE Y ORDENADOR DEL GASTO CACOM-1

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
NIT 800.116.217-2
ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO, NO SUJETA A RETENCIÓN EN LA FUENTE
CARRERA 73A No. 81B 70
TEL: 2916520 - FAX: 4308140
BOGOTÁ D.C., COLOMBIA

CUFE: 9f84a44cbc4952a5b68e751ac5fae1b14f8acf6cfcc462c95cb50df526f39847476735ba3477322d4a3619e6a9773248
Fecha de Generación: 2022-08-31 16:35:44

Cliente: FAC COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1			**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA** UMAD4287
Cod. Cliente: 2206000637	**NIT/C.C:** 800141624	**Dirección:** FUERZA AÉREA COLOMBIANA BASE AEREA	**Telefono:** 8399646
Fecha Expedición: 2022-08-31	**Fecha de Vencimiento:** 2022-09-30	**Pedido No:** 0000034531	**Forma de Pago:** Contado	**Orden de Compra:** 0090022126
Centro de Gestión:		**Medio de Pago:** Instrumento no definido	

Item	Referencia	Descripción	Und	Cantidad	Valor Unit.	% IVA	Valor Total
1	1800580	1er desembolso mes de agosto 2022	94	1,00	54.421.125,00	0	54.421.125,00

VALOR EN LETRAS: CINCUENTA Y CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO VEINTICINCO COP	Subtotal:	54.421.125,00
	VALOR TOTAL:	54.421.125,00

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL CIIU 8544 - ACTIVIDAD ECONÓMICA SECUNDARIA CIIU 8559
NO SOMOS RESPONSABLES DE IVA - SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES SEGÚN RESOLUCIÓN No. 9061-10/12/2020
SOMOS AGENTES DE RETENCIÓN DE IVA
SOMOS AGENTES DE RETENCIÓN DE RENTA - SOMOS RESPONSABLES DE ICA
Tarifa ICA Bogotá 9,66 por Mil
Esta factura se asimila en todos sus aspectos legales a una letra de cambio según Artículo 779 del Código de Comercio
Autorización DIAN para Facturación Electrónica N° 18764018672214 de 28/09/2021
Facturación Académica CUMD Número Habilitado del 00330919 al 10000000 Valida del 28/09/2021 al 28/09/2022
Facturación Administrativa UMAD Número Habilitado del 0001737 al 1000000 Valida del 28/09/2021 al 28/09/2022
Las siguientes cuentas bancarias aplican para pago de Facturación Administrativa:
BANCO DAVIVIENDA CUENTA AHORROS 004000177909
BANCO DAVIVIENDA CUENTA AHORROS 004000146995
BANCO DE BOGOTÁ CUENTA AHORROS 44155654-5
"Si esta factura no es cancelada en el plazo señalado en este documento, se causará interés de mora a la tasa máxima estipulada por la ley"
Si requiere tramitar alguna novedad frente a esta factura, por favor escribir al correo facturacionelectronica@uniminuto.edu

TOTAL ÍTEMS: 1 ítem(s) facturado(s).

CONSIGNAR SU PAGO EN NUESTRAS CUENTAS CORRIENTES NACIONALES

OBSERVACIONES: #$15-01-05-003;083-00-D-CACOM1-DEDHU-2022;andrea.gomez@fac.mil.co#$ FACTURA ADMINISTRATIVA POR VALOR DE $54.421.125 CORRESPONDIENTE AL 1ER DESEMBOLSO MES DE AGOSTO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO DE *PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION Nro. 083-00-D-CACOM-1-DEDHU-2022 CELEBRADO ENTRE LA NACIÓN –MINISTERIO* DE DE FENSA NACIONAL- FUERZA AÉREA COLOMBIANA – COMANDO AÉREO DE COMBATE No. 1 NIT. 800.141.624-2 Y LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NIT. 800.116.217-2.

NOTA 1: para informacion respecto a la factura por favor comunicarse al correo electronico yerika.riveros@uniminuto.edu

Cliente: FAC COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 1	**NIT/C.C: 800141624**	Aceptado (Favor escribir nombre completo)
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	**Valor Total** 54.421.125,00	
	Fecha de Vencimiento 2022-09-30	

Cuenta por pagar Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmjaime	Melissa Andrea Jaime Avendano
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-003	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema:	2022-09-13-4:15 p. m.	

CUENTAS POR PAGAR								
Número:	259122	**Fecha Registro:**	2022-09-13	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**	15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1			
Estado:	Radicada	**Tipo de Cuenta x Pagar:**	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	**Nro. Compromiso:**	235722	**Nro. Cdp:**	9822	
Caja Menor-Identif.:		**Caja Menor-Fecha Registro:**		**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:**	0,00	
Valor Antes del Iva:	54.421.125,00	**Valor Iva:**	0,00	**Valor Total:**	54.421.125,00	**Valor Total Moneda Original:**	0,00	
TERCERO								
Identificación:	800116217	**Razón Social:**	CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS					

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS					
Número:	UMAD4287	**Tipo**	FACTURA	**Fecha:**	2022-09-13

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	**DESCRIPCION**
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
17	FACTURA

Objeto.:	PAGO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DOCENTES GIMFA CORTE 30-08-2022 CTO 083-00-D-CACOM-1-DEDHU-2022

AS14. MELISSA ANDREA JAIME AVENDAÑO
ASISTENTE GESTIÓN CONTABLE

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA		Código	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL		Versión No:	1
			Vigencia	20/05/2021

Jefatura o Unidad:	**CACOM-1**
Nombre del Supervisor de Contrato	**CT. ANDREA CAROLINA GÓMEZ RUGE**
Ordenador del Gasto	**TC. NAILY AKID GANEM HERNANDEZ**
No. Contrato	**083-00-D-CACOM-1-DEDHU-2022**
Objeto del contrato	**Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, personal docente en áreas académicas, entrenadores deportivos, culturales y profesionales para el apoyo de diferentes áreas educativas que faciliten el desarrollo del proceso de formación escolar del Gimnasio Militar FAC TC. Flavio Angulo Piedrahita.**
Valor del contrato	**$ 296.842.500,00**
Adición / Reducción	**$ 0,00**
Valor final del contrato	**$ 296.842.500,00**

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN										USO PRESUPUESTAL INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR APROPIACION POR RUBRO
CTA	SUB CTA	OBJ	ORD	SUB ORD	ITEM	SUB ITEM 1	SUB ITEM 2	SUB ORD	RECURSO				
TOTAL VIGENCIA 2020													**$ 0,00**
TOTAL VIGENCIA 2021													**$ 0,00**
TOTAL VIGENCIA 2022													**$ 0,00**
02	02	02	009	002	01				16		SERVICIO DE EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA Y PREESCOLAR	SERVICIO DOCENTES GIMFA PREESCOLAR	**$ 42.425.311,93**
02	02	02	009	002	02				16		SERVICIO DE ENSEÑANZA PRIMARIA	SERVICIO DOCENTES GIMFA PRIMARIA	**$ 84.850.623,87**
02	02	02	009	002	03				16		SERVICIO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA	SERVICIO DOCENTES GIMFA SECUNDARIA	**$ 137.242.517,01**
02	02	02	009	002	09				16		OTROS TIPOS DE EDUCACIÓN Y SERVICIOS DE PAOYO EDUCATIVO	SERVICIO PSICOLOGÍA - SERVICIO DESARROLLO PEDAGÓGICO	**$ 32.324.047,19**
TOTAL VIGENCIA 2022													**$ 296.842.500,00**
TOTAL VIGENCIAS 2020, 2021, 2022													**$ 296.842.500,00**

Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo CPA)	$ 0,00

No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN PAGO	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL PARA PAGO	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	SALDOS
1	sep-22	N/A	Primer Pago Parcial PAC SEPTIEMBRE 2022	02-02-02-009-002-01-16	SERVICIO DOCENTES GIMFA PREESCOLAR	$ 54.421.125,00	$ 7.777.973,85	$ 34.647.338,08
				02-02-02-009-002-02-16	SERVICIO DOCENTES GIMFA PRIMARIA		$ 15.555.947,71	$ 69.294.676,16
				02-02-02-009-002-03-16	SERVICIO DOCENTES GIMFA SECUNDARIA		$ 25.161.128,12	$ 112.081.388,89
				02-02-02-009-002-09-16	OTROS TIPOS DE EDUCACION Y SERVICIOS DE PAOYO EDUCATIVO		$ 5.926.075,32	$ 26.397.971,87
TOTALES						**$ 54.421.125,00**	**$ 54.421.125,00**	**$ 242.421.375,00**

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	CT. ANDREA CAROLINA GÓMEZ RUGE
FECHA	31/08/2022

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	
FECHA	

SIIF Nación

Reporte Compromiso Presupuestal de Gasto Comprobante

Usuario Solicitante:	MHmmahecha	Monica Adriana Mahecha Beltran
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-003	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema:	2022-07-29-5:08 p. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO

Con base en el CDP No: 9822 de fecha 2022-02-02. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle

Número:	235722	**Fecha Registro:**	2022-07-29	**Unidad / Subunidad Ejecutora:**		15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1		
Vigencia Presupuestal	Actual	**Estado:**	Generado			**Tipo de Moneda:**	COP-Pesos	**Tasa de Cambio:** 0,00
Valor Inicial:	296.842.500,00	Valor Total Operaciones:	0,00			**Valor Actual:**	296.842.500,00	**Saldo x Obligar:** 296.842.500,00

TERCERO ORIGINAL

Identificación: NIT	800116217	**Razón Social:**	CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	**Medio de Pago:**	Abono en cuenta

CUENTA BANCARIA

Número:	055000400014	**Banco:**	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo:**	Ahorro	**Estado:**	Activa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificación:	94501507	**Nombre:**	JAIME CORREA JARAMILLO	**Cargo:**	SEGUNDO COMANDANTE Y JEFE DE ESTADO MAYOR

CAJA MENOR				**VIÁTICOS**				**DOCUMENTO SOPORTE**					
Identificación:		**Fecha de Registro:**		**Genera Viáticos:**	No	**Num. Solicitud de Comisión:**		**Número:**	083-00-D-CACOM-1-DEDHU-2022	**Tipo:**	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**Fecha:**	2022-07-29

ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACIÓN	VALOR INICIAL	VALOR OPERACIÓN	VALOR ACTUAL	SALDO X OBLIGAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	A-02-02-02-009-002 SERVICIOS DE EDUCACIÓN	Nación	16	SSF		296.842.500,00	0,00		
					Total:	296.842.500,00	0,00	296.842.500,00	296.842.500,00

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN, PERSONAL DOCENTE EN ÁREAS ACADÉMICAS, ENTRENADORES DEPORTIVOS, CULTURALES Y PROFESIONALES PARA EL APOYO DE DIFERENTES ÁREAS EDUCATIVAS QUE FACILITEN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE FORMACIÓN

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA	VALOR A PAGAR	SALDO POR OBLIGAR	LINEA DE PAGO
003	COMANDO AEREO DE COMBATE	4-2	ANS - GASTOS GENERALES	2022-12-26	296.842.500,00	296.842.500,00	NINGUNO

MY.LINA MARIA AZUERO GIRALDO
JEFE DEPATAMNTO FINANCIERO
C.C.41947591

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-185
	FORMATO CERTIFICADO DE PLAN DE ADQUISICIONES NUEVO CATALOGO PRESUPUESTAL	Versión:	7
		Vigencia:	16/02/2022

Jefatura o Unidad:	CACOM-1		CPA N°	101	Versión (Iniciando on 1)	2
			Vigencia	Actual		
Dependencia Solicitante:	DEDHU		Fecha ajuste (version 2 en adelante)	15-jul-2022	Fecha versión 1	27-ene-2022

IMPUTACION									RUBRO	USOS PRESUPUESTALES SOLO PARA GTOS INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	CÓDIGO CLASIFICACIÓN	MODALIDAD DE CONTRATACION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
CTA	SUB CTA	OBJ	ORD	SUB ORD	ÍTEM	SUB ITEM 1	SUB ITEM 2	REC									
02	02	02	009	002	01			16	ADA-Servicios de educación de la primera infancia y preescolar		SERVICIO DOCENTES GIMFA PREESCOLAR	86101710	Contratación Directa	GLOBAL	1	$ 42.425.311,93	$ 42.425.311,93
02	**02**	**02**	**009**	**002**	**01**			**16**	**SUBTOTAL ADA-Servicios de educación de la primera infancia y preescolar / REC-16**								**$ 42.425.311,93**
02	02	02	009	002	02			16	ADA-Servicios de enseñanza primaria		SERVICIO DOCENTES GIMFA PRIMARIA	86101710	Contratación Directa	GLOBAL	1	$ 84.850.623,87	$ 84.850.623,87
02	**02**	**02**	**009**	**002**	**02**			**16**	**SUBTOTAL ADA-Servicios de enseñanza primaria / REC-16**								**$ 84.850.623,87**
02	02	02	009	002	03			16	ADA-Servicios de educación secundaria		SERVICIO DOCENTES GIMFA SECUNDARIA	86101710	Contratación Directa	GLOBAL	1	$ 137.242.517,01	$ 137.242.517,01
02	**02**	**02**	**009**	**002**	**03**			**16**	**SUBTOTAL ADA-Servicios de educación secundaria / REC-16**								**$ 137.242.517,01**
02	02	02	009	002	09			16	ADA-Otros tipos de educación y servicios de apoyo educativo		SERVICIO PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA	85121608	Contratación Directa	GLOBAL	1	$ 14.141.770,65	$ 14.141.770,65
02	02	02	009	002	09			16	ADA-Otros tipos de educación y servicios de apoyo educativo		SERVICIO PROFESIONAL EN EL ÁREA DE DESARROLLO PEDAGÓGICO	86101710	Contratación Directa	GLOBAL	1	$ 18.182.276,54	$ 18.182.276,54
02	**02**	**02**	**009**	**002**	**09**			**16**	**SUBTOTAL ADA-Otros tipos de educación y servicios de apoyo educativo / REC-16**								**$ 32.324.047,19**
																VALOR TOTAL CPA	**$ 296.842.500,00**

OPERACIÓN	VALOR OPERACIÓN	OBSERVACIÓN
Valor inicial versión 1	$ 296.842.500,00	CPA PARA INICIO DE PROCESO
Operacion version 2	$ 0.00	POR SOLICITUD GIMFA SE REALIZA (MOD AL PAA 63): * REDUCCION RUBROS 02 02 02 009 002 02 POR VALOR DE $28.706.876,13 , RUBRO 02 02 02 009 002 03 POR VALOR DE $13.597.482,99 ADICION RUBRO 02-02 02 009-002 01 POR VALOR DE $9.980.311,93 * ADICION RUBRO 02-02-02-009-002-09 ITEM SERVICIO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA POR VALOR DE $14.141.770,65, ITEM SERVICIO PROFESIONAL EN EL ÁREA DE DESARROLLO PEDAGÓGICO POR VALOR DE $18.182.276,54
Operación version 3		
Operacion version 4		
Operacion version 5		
Valor ajustado CPA	$ 296.842.500,00	

Elaboró: PD4. LUZ OSORIO
PRESUPUESTO DEPLA

Vo.Bo. _____
MY. RICARDO ANDRES ALBARRACIN PUERTO
JEFE DEPARTAMENTO DE PLANEACION CACOM-1

FIRMA _____
TC. NAILY ARID GANEM HERNANDEZ
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-1

pwc

Informe del Revisor Fiscal Suplente

A la Administración de Corporación Universitaria Minuto de Dios

10 de agosto de 2022

En mi calidad de Revisor Fiscal Suplente de Corporación Universitaria Minuto de Dios, identificada con NIT. 800.116.217-2, he efectuado los procedimientos de revisión que se detallan a continuación con el propósito de verificar el pago efectuado por la Corporación por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), durante el semestre comprendido entre el mes de febrero de 2022 y el mes de julio de 2022. El pago de dichos aportes es responsabilidad de la Administración de la Corporación como parte de su gestión. Mi responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en la reglamentación colombiana, es emitir un informe sobre el cumplimiento de tales obligaciones.

Los procedimientos de revisión realizados fueron los siguientes:

1. Indagación con el personal del área responsable, en relación con los procedimientos utilizados para la identificación y pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

2. Obtención del listado de liquidación de aportes a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), preparado por la Corporación para el semestre comprendido entre el mes de febrero de 2022 y el mes de julio de 2022.

3. Comparación del listado obtenido según se menciona en el numeral anterior, con los documentos soporte de los respectivos pagos efectuados por la Corporación.

Con base en el resultado de los procedimientos enumerados anteriormente, informo que, durante el semestre comprendido entre el mes de febrero de 2022 y el mes de julio de 2022, la Corporación efectuó el pago de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales y a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

© 2022 PricewaterhouseCoopers. PwC se refiere a las firmas colombianas que hacen parte de la red global de PricewaterhouseCoopers International Limited, cada una de las cuales es una entidad legal separada e independiente. Todos los derechos reservados.

pwc

A la Administración de Corporación Universitaria Minuto de Dios

10 de agosto de 2022

Este informe se expide por solicitud de la Administración de la Corporación, para ser entregado dentro de sus procesos de licitación y legalización de contratos con terceros, y no debe ser utilizado para propósitos diferentes, ni distribuido a otros terceros.

Niria Gisselle Garzón Cárdenas
Revisor Fiscal Suplente
Tarjeta Profesional No. 199626-T

Certificado de Aportes

Se certifica que LUIS FERNANDO MARIN YEPEZ identificado(a) con CC 10188445 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	FAMISANAR	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que GUSTAVO ADOLFO GUEVARA TRUJILLO identificado(a) con CC 10189688 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	FAMISANAR	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que JHON HENRY LOPEZ CRUZ identificado(a) con CC 11449633 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	SANITAS	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que RODOLFO GARZON GONZALEZ identificado(a) con CC 14321818 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$733,334	$117,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$733,334	$3,900
CCF	COMFABOY	22	4%	$537,785	$21,600
EPS	ADRES - CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	22	12.5%	$733,334	$91,700
EPS	FOSYGA	22	12.5%	$733,334	$91,700
EPS	FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	22	12.5%	$733,334	$91,700
EPS	FOSYGA RESIDENTE EXTERIOR O RÉGIMEN SUBSIDIADO	22	12.5%	$733,334	$91,700
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$537,785	$10,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$537,785	$16,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que JAIRO REY CONTRERAS identificado(a) con CC 19383054 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$733,334	$117,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$733,334	$3,900
CCF	COMFABOY	22	4%	$537,785	$21,600
EPS	ADRES - CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	22	12.5%	$733,334	$91,700
EPS	FOSYGA	22	12.5%	$733,334	$91,700
EPS	FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	22	12.5%	$733,334	$91,700
EPS	FOSYGA RESIDENTE EXTERIOR O RÉGIMEN SUBSIDIADO	22	12.5%	$733,334	$91,700
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$537,785	$10,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$537,785	$16,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que PAULA ANDREA ROMERO MARIN identificado(a) con CC 24714409 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	NUEVA E.P.S.	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	NUEVA EPS MOVILIDAD	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que LUBIOLA MARIA CASTILLA RUIZ identificado(a) con CC 24716477 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	NUEVA E.P.S.	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	NUEVA EPS MOVILIDAD	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que SANDRA VIVIANA CAMACHO OSPINA identificado(a) con CC 30388092 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	NUEVA E.P.S.	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	NUEVA EPS MOVILIDAD	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que LINA MARIA QUINTERO ESCOBAR identificado(a) con CC 30388950 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	FAMISANAR	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que ANGELICA MARIA OLACIREGUI PALACIO identificado(a) con CC 36726853 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	NUEVA E.P.S.	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	NUEVA EPS MOVILIDAD	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que XIMENA PEÑA NAVAS identificado(a) con CC 39763009 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	22	16%	$1,980,000	$316,800
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,980,000	$10,400
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,980,000	$79,200
EPS	SANITAS	22	12.5%	$1,980,000	$247,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,980,000	$39,600
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,980,000	$59,400

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que ESTEFANY JOHANA BAENA MENDOZA identificado(a) con CC 55313043 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	ADRES - CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	FOSYGA	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	FOSYGA RESIDENTE EXTERIOR O RÉGIMEN SUBSIDIADO	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JAIRO IVAN MENDEZ DIAZ identificado(a) con CC 80427475 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	ADRES - CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	FOSYGA	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	FOSYGA RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	FOSYGA RESIDENTE EXTERIOR O RÉGIMEN SUBSIDIADO	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que RODRIGO ALEJANDRO GUARIN VELEZ identificado(a) con CC 1053794071 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	FAMISANAR	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que SANTIAGO TRUJILLO BETANCUR identificado(a) con CC 1053844163 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	NUEVA E.P.S.	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	NUEVA EPS MOVILIDAD	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que JESUS DAVID GONZALEZ AVILA identificado(a) con CC 1054549900 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	FAMISANAR	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que JHON FERNANDO RAMIREZ OSPINA identificado(a) con CC 1058846206 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que GESETH CAROLINA RODRIGUEZ CARVAJAL identificado(a) con CC 1083915292 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	NUEVA E.P.S.	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	NUEVA EPS MOVILIDAD	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que JEFERSSON ANDREY GUTIERREZ BERMUDEZ identificado(a) con CC 1094925159 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	NUEVA E.P.S.	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
EPS	NUEVA EPS MOVILIDAD	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CARLOS ANDRES GOMEZ PUENTES identificado(a) con CC 1094945007 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	FAMISANAR	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que MANUELA TORO SOTO identificado(a) con CC 1094950046 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

Certificado de Aportes

Se certifica que KAROL TATIANA DIAZ GUZMAN identificado(a) con CC 1106951643 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS NI 800116217

Periodo		Clave		Planilla		Novedades															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2022-08	2022-09	1640204821	9439798477	E	2022-09-06	X																

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	22	16%	$1,540,000	$246,400
ARP	COLPATRIA ARP	22	0.522%	$1,540,000	$8,100
CCF	COMFABOY	22	4%	$1,540,000	$61,600
EPS	SANITAS	22	12.5%	$1,540,000	$192,500
PARAFISCALES	SENA	22	2%	$1,540,000	$30,800
PARAFISCALES	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	22	3%	$1,540,000	$46,200

Este certificado se expide el día 2022-09-15 a las 15:09.

PAGADO

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporación Universitaria Reinado de Dios | NIT / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO:
Lopez	Cruz	Jhon Henry	1144496333

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	TELÉFONO FIJO:
Cra 9 Nº 6-12	Madrid	Cundinamarca	22/12/1984	CELULAR: 3168092569

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☐ POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☒ POR TAREA ☐	FECHA INGRESO: Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN: Día	Mes	Año	CIUDAD DONDE TRABAJA

INGRESO MENSUAL ($): 2100 000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO ☒

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☐ | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)

comfaboy APORTES Y SUBSIDIO PUERTO BOYACÁ VENTANILLA 1
RECIBO DE DOCUMENTACIÓN
25 AGO 2022
QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO
No. C.C.
FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)
2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguna), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnica), PR (Profesional), O (Otra)
3°) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS ☐	CUENTA CORRIENTE ☐

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a estos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital a entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Los anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos como titular de datos personales son: COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT / CC / CE: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: Rodriguez	SEGUNDO APELLIDO: Carvajal	NOMBRES: Geseth Carolina	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO: 1083915292
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Transversal 1HB-66	CIUDAD RESIDENCIA: Puerto Boyaca	DEPARTAMENTO: Cundinamarca	FECHA DE NACIMIENTO: 18/02/1996
TELÉFONO FIJO:	CELULAR: 3168610898		

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	POR TAREA	FECHA INGRESO Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN Día	Mes	Año	CIUDAD DONDE TRABAJA
[ ]	[X]	[ ]	9	8	22	30	11	22	Puerto Boyaca

INGRESO MENSUAL ($): 2100000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:
DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR
TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:		SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)		

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	DOCUMENTO IDENTIDAD (1°)	NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)

comfaboy unidos para crecer
APORTES Y SUBSIDIO
PUERTO BOYACA VENTANILLA
RECIBO DE DOCUMENTACIÓN
25 AGO 2022
QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO
No. C.C.
FIRMA DEL INTERESADO O COMO CONSTANCIA DE RECIBIDO

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)
2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachilleres), T(Técnico), PR (Profesional), OO(Otro)
3°. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS [ ]	CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891.800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 18-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstas sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre las diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autoriza el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas o inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 Mes 08 Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Remington | NIT. / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO: 24716477
Castillo	Ruiz	Lubiola Remo	

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO:
Cra 2 N°3-02			9/01/1983	

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ CELULAR: 3128639498

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☒ POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☒ POR TAREA ☐	FECHA INGRESO: DÍA 9 MES 8 AÑO 22	FECHA TERMINACIÓN: DÍA 30 MES 11 AÑO 22	CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Boyacá

INGRESO MENSUAL ($): 2100 000 | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO ☐

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☐ | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA *DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS*

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo [1°]	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD [2°]	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE [3°]

comfaboy unidos para crecer
APORTES Y SUBSIDIO
PUERTO BOYACA VIGENCIA
RECIBIDO DE DOCUMENTACIÓN
25 AGO 2022
QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO
No. C.C.
FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)
2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)
3°) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autoriza el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionados con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede contactarse al correo [illegible] o llegarse a cualquiera de nuestros sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca

FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy:
Código Empresa:

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios

NIT / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. / C.E. / T.I. / P.E.P. No. DOCUMENTO
Romero	Flavio	Paula Andrea	C.C. 24714409

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
Cra 7 Nº 13-54	La Dorada	Caldas	26/09/1979	CELULAR 3118831912

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☒ VIUDO ☐

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☐ POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO	FECHA INGRESO Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN Día	Mes	Año	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☒ POR TAREA ☐	9	9	22	30	11	22	Puerto Boyaca

INGRESO MENSUAL ($): 2100 000

HORAS LABORADAS MES:

ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO ☐

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☐

SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M / F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

Comfaboy AFILIACIONES SUBSIDIO
RECIBO DE DOCUMENTACIÓN
25 AGO 2022
QUE PERTENECE AL TRABAJADOR APORTANTE
No. C.C.
FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro)

3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS ☐	CUENTA CORRIENTE ☐

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que serán suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en los cuales tengan participación accionaria o de capital a entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la previnscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Los anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autoriza el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: [illegible]

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: Baena | SEGUNDO APELLIDO: Mendoza | NOMBRES: Estefany Johana | C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO: 55313043

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Base Aerea Germo Olaya | CIUDAD RESIDENCIA: Puerto Salgar | DEPARTAMENTO: Cundinamarca | FECHA DE NACIMIENTO: 1/08/1985 | TELÉFONO FIJO: | CELULAR: 3154245176

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [X] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [ ] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] POR TAREA [ ] | FECHA INGRESO: Día 9 Mes 8 Año 22 | FECHA TERMINACIÓN: Día 30 Mes 11 Año 22 | CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2'100.000 | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [ ]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN | CIUDAD | DEPARTAMENTO | CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

comfaboy APORTES Y SUBSIDIO PUERTO BOYACA AGENCIA LA RECIBO DE DOCUMENTACIÓN 25 AGO 2022 QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO No. C.C. FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3*) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | No. DE CUENTA | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informo a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autoriza a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, o sus aliadas comerciales estratégicos, para que estos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsable de COMFABOY. Los anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autoriza el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Números de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: [illegible]

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT / C.C. / C.E.: 800116247-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: Comacho | SEGUNDO APELLIDO: Ospina | NOMBRES: Fabian Viviana | C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO: 30388092

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 11 Nº 16-70 | CIUDAD RESIDENCIA: La Dorada | DEPARTAMENTO: caldas | FECHA DE NACIMIENTO: 25/02/1974 | TELÉFONO FIJO: | CELULAR: 3207456322

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] POR TAREA [ ] | FECHA INGRESO: Día 9 Mes 8 Año 22 | FECHA TERMINACIÓN: Día 30 Mes 11 Año 22 | CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2100000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN | CIUDAD | DEPARTAMENTO | CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M / F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)

comfaboy unidos para crecer — AFILIACIÓN Y SUBSIDIO — PUERTO BOYACA VEREDA LA PLAYITA — RECIBO DE DOCUMENTACIÓN — 25 AGO 2022 — QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO — No. C.C. — FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnica), PR (Profesional), O(Otro)

3°)REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | No. DE CUENTA | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionario o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que estos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la prerinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: [illegible] "Reglamento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co.

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporación Universitaria Minuto de Dios | NIT / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. / C.E. / T.I. / P.E.P. / No. DOCUMENTO
Quintero	Escobar	Lina Maria	C.C. X — 30388950

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
Calle 11A N°12-21	La Dorada	Caldas	18/02/1996	CELULAR: 3113497366

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☒ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☒ POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	POR TAREA	FECHA INGRESO Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN Día	Mes	Año	CIUDAD DONDE TRABAJA
☐	☒	☐	9	3	22	30	11	22	Puerto Boyaca

INGRESO MENSUAL ($): 2100 000 | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO ☐

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☐ | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. / C.E. / T.I. / P.E.P. / No. DOCUMENTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐ | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐ | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo	NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)

comfaboy APORTES Y SUBSIDIO — PUERTO BOYACA — VENTANILLA — RECIBO DE DOCUMENTACIÓN — 25 AGO 2022 — QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO — No. C.C. — FIRMA DEL TRABAJADOR QUE RECIBE

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA:

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS ☐	CUENTA CORRIENTE ☐

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891900211-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 18-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, o sus aliadas comerciales estratégicos, para que éstas sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de ofertas, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted puede consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT./C.C./C.E. 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: Ola Civequi | SEGUNDO APELLIDO: Palacio | NOMBRES: Angelica Maria | C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO: 36726853

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Base Gelman Olaya casa 119 | CIUDAD RESIDENCIA: Puerto Salgar | DEPARTAMENTO: Cundinamarca | FECHA DE NACIMIENTO: 7/10/1981 | TELÉFONO FIJO: | CELULAR: 304 3776536

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [X] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] POR TAREA [ ] | FECHA INGRESO: DÍA 9 MES 8 AÑO 22 | FECHA TERMINACIÓN: DÍA 30 MES 11 AÑO 22 | CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2100 000 | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [ ]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA *DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS*

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN: | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | CELULAR:

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	GÉNERO	DOCUMENTO IDENTIDAD (1)	NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3)

comfaboy unidos para crecer
AFILIACIONES Y SUBSIDIO
PUERTO BOYACÁ VENTANILLA
RECIBO DE DOCUMENTACIÓN
25 AGO 2022
QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO
No. C.C.
FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)
2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)
3*/REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | No. DE CUENTA | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-9 domiciliada y ubicada en Tunja – Colombia en la dirección carrera 10 # 18-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, le informa o datos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de los mismos se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstas sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Puede consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas o inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son: [illegible]

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT / C.C. / C.E: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. / C.E. / T.I. / P.E.P. No. DOCUMENTO
Peña	Navas	Ximena	C.C. X 39763609

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
Vereda San Antonio	Circasia	Quindio	10/11/1973	

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] CELULAR: 3114299168

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	POR TAREA	FECHA INGRESO: DÍA	MES	AÑO	FECHA TERMINACIÓN: DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
[ ]	[X]	[ ]	9	8	22	30	11	22	Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2700 000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. / C.E. / T.I. / P.E.P. No. DOCUMENTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

comfaboy unidos para crecer APORTES Y SUBSIDIO BOYACA VIGILADO SUPERSUBSIDIO RECIBIDO DE DOCUMENTACIÓN 25 AGO 2022

QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO

No. C.C. _____

FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3*) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS [ ]	CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, o sus aliados comerciales estratégicos, para que éstas sean incorporadas en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la prerinscripción e inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos al correo protecciondatos@comfaboy.com.co, o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios:

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 Mes 08 Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19294

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO
Mendez	Diaz	Jairo Ivan	80427475

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
Calle 15 N° 7-58	La Dorada	Caldas	25/12/1966	CELULAR 3206941671

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☒ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☒ POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO	FECHA INGRESO Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN Día	Mes	Año	CIUDAD DONDE TRABAJA
INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☒ POR TAREA ☐	9	8	22	30	11	22	Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO ☐

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☐ | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐ | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐ | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)

comfaboy unidos para crecer — APORTES Y SUBSIDIO — PUERTO BOYACA VENTANILLA — RECIBO DE DOCUMENTOS — 25 AGO 2022 — QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO — No. C.C. — FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro)

3°. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS ☐	CUENTA CORRIENTE ☐

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización para su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuento con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que estos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios e investigaciones de mercado, realizar la pre inscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos como titular de datos personales son

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyacá

FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporación Universitaria Minuto de Dios

NIT. / C.C. / C.E.: 800116217 - 2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: Guevara | SEGUNDO APELLIDO: Trujillo | NOMBRES: Gustavo Adolfo

C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO: 1019968[illegible]

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 6 Nº 9-21 | CIUDAD RESIDENCIA: La Dorada | DEPARTAMENTO: Caldas | FECHA DE NACIMIENTO: 8/10/1982 | TELÉFONO FIJO: | CELULAR: 321502[illegible]

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [X] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] POR TAREA [ ] | FECHA INGRESO: DÍA 9 MES 8 AÑO 22 | FECHA TERMINACIÓN: DÍA 30 MES 11 AÑO 22 | CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2 100 000 | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA *DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS*

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN | CIUDAD | DEPARTAMENTO | CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1)*	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

comfaboy APORTES Y SUBSIDIO PUERTO BOYACÁ VENTANILLA 1 RECIBO DE DOCUMENTACIÓN 25 AGO 2022 QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO No. C.C. FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro)

3*. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | No. DE CUENTA | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de los mismos se sirva recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstas sean incorporadas en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentren sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad del redes en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionados con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] en cualquiera de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT / C.C. / C.E: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. / C.E. / T.I. / P.E.P. No. DOCUMENTO
Suarez	Velez	Rodrigo Alejandro	C.C. 1053794071

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
Cra 7 N°3-37	La Dorada	Caldas	01/04/1980	CELULAR: 3142753018

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	POR TAREA	FECHA INGRESO Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN Día	Mes	Año	CIUDAD DONDE TRABAJA
[ ]	[X]	[ ]	9	8	22	30	11	22	Puerto Boyaca

INGRESO MENSUAL ($): 2100000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA *DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS*

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. / C.E. / T.I. / P.E.P. No. DOCUMENTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	GÉNERO	DOCUMENTO IDENTIDAD	NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)

comfaboy APORTES Y SUBSIDIO PUERTO BOYACÁ VENTANILLA RECIBO DE DOCUMENTACIÓN 25 AGO 2022 QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO No. C.C. FIRMA DEL TRABAJADOR COMPARECIENTE

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3°) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS [ ]	CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información procesa los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a datos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la prerinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionados con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicita a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT. / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO:
Trujillo	Betancur	Santiago	1053844163

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO:
Calle 11 N° 4-07	La Dorada	Caldas	12/03/1995	CELULAR: 3103231105

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO ☐ VIUDO ☐

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☒ POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO:	INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	POR TAREA	FECHA INGRESO: DÍA	MES	AÑO	FECHA TERMINACIÓN: DÍA	MES	AÑO	CIUDAD DONDE TRABAJA
	☐	☒	☐	9	8	22	30	11	22	Puerto Boyaca

INGRESO MENSUAL ($): 2100 000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ ☑ NO ☒

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☐ | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA *DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS*

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO Hijo	Hijastro	Hermano	Padre	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

comfaboy APORTE SUBSIDIO PUERTO BOYACA VENTANILLA 1 RECIBO DE DOCUMENTACIÓN 25 AGO 2022 QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO No. C.C. FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS. N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)

3*)REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA:	No. DE CUENTA	CUENTA DE AHORROS ☐	CUENTA CORRIENTE ☐

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en los cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 192841

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT. / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: Gonzalez	SEGUNDO APELLIDO: Avila	NOMBRES: Jesus David	C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO: 1054540900
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 20 Nº 13 - 20	CIUDAD RESIDENCIA: La Dorada	DEPARTAMENTO: Caldas	FECHA DE NACIMIENTO: 19/08/1999 — TELÉFONO FIJO: — CELULAR: 3128530119

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [X] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: — TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] POR TAREA [ ] — FECHA INGRESO: Día 9 Mes 8 Año 22 — FECHA TERMINACIÓN: Día 30 Mes 11 Año 22 — CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2.100.000 — HORAS LABORADAS MES: 240 — ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] — SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:
DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR
TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ]	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:		SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ]	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)		

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)

comfaboy APORTES Y SUBSIDIO PUERTO BOYACÁ NORMANDÍA
RECIBO DE DOCUMENTACIÓN
25 AGO 2022
QUE PERTENECE AL TRABAJADOR AFILIADO
No. C.C.
FIRMA DEL TRABAJADOR COMFABOY QUE RECIBE

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)
2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), O(Otro)
3°) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: — No. DE CUENTA — CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstos que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con los finalidades y las funciones establecidas establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionario o de capital o entidades vinculadas, o sus aliados comerciales estratégicos, para que estos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios e investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de servicios, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 05 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT. / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. / C.E. / T.I. / P.E.P. / No. DOCUMENTO
Gomez	Fuentes	Carlos Andres	C.C. X / 1092945007

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO / CEL
Transv 148 N° 1-66	Puerto Salgar	Cundinamarca	20/10/1994	3144382548

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN LIBRE X SEPARADO ☐ VIUDO ☐

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO X POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO	TÉRMINO FIJO	POR TAREA	FECHA INGRESO Día	Mes	Año	FECHA TERMINACIÓN Día	Mes	Año	CIUDAD DONDE TRABAJA
☐	X	☐	9	8	22	30	11	22	Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2100 000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO X

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☐ | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐ | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐ | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	Mes	Año	PARENTESCO HIJO	HIJASTRO	HERMANO	PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: H (Ninguna), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnica), FR (Profesional), O(Otro)

3*)REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICOS DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | CUENTA DE AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐

comfaboy unidos para crecer APORTES Y SUBSIDIO PUERTO BOYACA VENTANILLA 1 RECIBO DE DOCUMENTACIÓN 25 AGO 2022

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-3 ubicada y domiciliada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013 y demás normas que las adicionen o complementen.

Autoriza a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones propias de la misma establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, de forma parcial o total a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos, para que datos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre las diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de comunicaciones promocionales de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y contratistas de bienes y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentren sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Si lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus

FIRMA TRABAJADOR APORTANTE

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 03 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporación Universitaria Minuto de Dios | NIT. / C.C. / C.E.: 900116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: Diaz | SEGUNDO APELLIDO: Guzman | NOMBRES: Karol Tatiana | C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO: 1106951643

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Transversal 11A N°8-35 | CIUDAD RESIDENCIA: Puerto Salgar | DEPARTAMENTO: Cundinamarca | FECHA DE NACIMIENTO: 15/12/1997 | TELÉFONO FIJO:

ESTADO CIVIL: SOLTERO [ ] CASADO [X] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ] | CELULAR: 3208280647

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] POR TAREA [ ] | FECHA INGRESO: DÍA 9 MES 3 AÑO 22 | FECHA TERMINACIÓN: DÍA 30 MES 11 AÑO 22 | CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2100000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [ ] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN | CIUDAD | DEPARTAMENTO | CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T (Técnico), PR (Profesional), O (Otro)

3*) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

comfaboy
APORTES Y SUBSIDIO
PUERTO BOYACÁ VENTANILLA 1
RECIBO DE DOCUMENTACIÓN
25 MAR 2022

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800128-1, con domicilio ubicado en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información [illegible] suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, e informa a éstas que los datos personales serán utilizados en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que puede consultar su política de tratamiento de datos personales en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que han suministrado por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales nacionales [illegible] para que estos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de eventos, campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la prescripción o inscripción [illegible] de bienes y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos de la Caja. Los anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autoriza el envío de comunicaciones utilizando los datos de contacto: tales como: número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] de nuestras sedes. Así mismo, COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicito a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyaca | FECHA: Día 25 | Mes 08 | Año 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19284

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporacion Universitaria Minuto de Dios | NIT. / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO:
Toro	Soto	Manuela	1094950096

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO FIJO
Carrera 11 Nº 12-37	Puerto Salgar	Cundinamarca	5/07/1995	

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN MARITAL ☒ SEPARADO ☐ VIUDO ☐ CELULAR: 3017799100

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ PREGRADO ☒ POSTGRADO ☐

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO ☐ TÉRMINO FIJO ☒ POR TAREA ☐	FECHA INGRESO: DÍA 9 MES 8 AÑO 22	FECHA TERMINACIÓN: DÍA 30 MES 11 AÑO 22	CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2100 000 | HORAS LABORADAS MES: 240 | ES VENDEDOR: SÍ ☐ NO ☒

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA ☐ LOTE ☐ NINGUNO ☐ ARRIENDO ☐ | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO ☐ RURAL ☐

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ ☐ NO ☐

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ P.E.P. ☐ No. DOCUMENTO

DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR

TRABAJA: SÍ ☐ NO ☐	SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA:	SALARIO MENSUAL:
CONVIVE: SÍ ☐ NO ☐	CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)	

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1*)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2*)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3*)

1*. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2*. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno) P (Primaria) B (Bachillerato) TI (Técnico) PR (Profesional) O (Otro)

3*) REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS, DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA:

ENTIDAD BANCARIA: | CUENTA DE AHORROS ☐ CUENTA CORRIENTE ☐

comfaboy APORTES Y SUBSIDIO PUERTO BOYACÁ VENTANILLA 1 RECIBO DE DOCUMENTACIÓN 25 AGO 2022

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800213-8 domiciliada y ubicada en Tunja - Colombia en la dirección carrera 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013, el cual regula dicha información personal, en los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesta conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismos de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones asignadas estatutariamente o normatividad para que en adelante y mientras se mantenga relación de la misma se sirva recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, a sus aliados comerciales estratégicos para que estos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para todas aquellas actividades promocionales o encuestas de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad de servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores y la comercialización de servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento de datos responsabilidad de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

Usted podrá consultar la "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionados con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

SOLICITUD PARA AFILIACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES

Proceso: Subsidio y Aportes

comfaboy unidos para crecer

Por medio de la presente solicita a la Caja de Compensación Familiar de Boyacá "COMFABOY" la Afiliación del Trabajador dependiente con beneficiarios.

CIUDAD: Puerto Boyacá | FECHA: Día | Mes: 8 | Año: 2022

Uso Exclusivo de Comfaboy: Código Empresa: 19234

I. DATOS DEL EMPLEADOR:

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA O NOMBRE DEL EMPLEADOR: Corporación Universitaria Minuto de Dios | NIT. / C.C. / C.E.: 800116217-2

II. DATOS DEL TRABAJADOR:

PRIMER APELLIDO: Gutierrez | SEGUNDO APELLIDO: Bermudez | NOMBRES: Jeferson Andrey | C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO: 1094925159

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 11 # 12-37 | CIUDAD RESIDENCIA: Puerto Boyacá | DEPARTAMENTO: Cundinamarca | FECHA DE NACIMIENTO: 11/12/1991 | TELÉFONO FIJO: | CELULAR: 3107988286

ESTADO CIVIL: SOLTERO [X] CASADO [ ] UNIÓN LIBRE [ ] SEPARADO [ ] VIUDO [ ]

NIVEL ACADÉMICO: BÁSICA PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TÉCNICO [ ] TECNOLÓGICO [ ] PREGRADO [X] POSTGRADO [ ]

CORREO ELECTRÓNICO: | TIPO DE DISCAPACIDAD:

CONTRATO: INDEFINIDO [ ] TÉRMINO FIJO [X] POR TAREA [ ] | FECHA INGRESO: DÍA 9 MES 8 AÑO 22 | FECHA TERMINACIÓN: DÍA 30 MES 11 AÑO 22 | CIUDAD DONDE TRABAJA: Puerto Salgar

INGRESO MENSUAL ($): 2400 000 | HORAS LABORADAS MES: | ES VENDEDOR: SÍ [ ] NO [X]

ES PROPIETARIO DE: VIVIENDA [ ] LOTE [ ] NINGUNO [ ] ARRIENDO [ ] | SU PROPIEDAD ESTÁ UBICADA EN EL SECTOR: URBANO [X] RURAL [ ]

HA RECIBIDO SUBSIDIO DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL DE COMFABOY Y/O DE OTRA ENTIDAD? SÍ [ ] NO [ ]

III. DATOS OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA "DILIGENCIAR ÚNICAMENTE TRABAJADORES DOMÉSTICOS"

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	HORAS LABORADAS MES	CAJA DE COMPENSACIÓN POR LA CUAL RECIBE CUOTA MONETARIA	SALARIO MES

IV. DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERA(O) ACTUAL

PRIMER APELLIDO: | SEGUNDO APELLIDO: | NOMBRES: | C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] P.E.P. [ ] No. DOCUMENTO:

DIRECCIÓN | CIUDAD | DEPARTAMENTO | CELULAR

TRABAJA: SÍ [ ] NO [ ] | SI TRABAJA REGISTRE NOMBRE EMPRESA: | SALARIO MENSUAL:

CONVIVE: SÍ [ ] NO [ ] | CAJA DE COMPENSACIÓN A LA CUAL ESTÁ AFILIADA(O)

V. DATOS HIJOS, HERMANOS Y PADRES A CARGO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO M	GÉNERO F	DOCUMENTO IDENTIDAD Tipo (1°)	DOCUMENTO IDENTIDAD NÚMERO	FECHA NACIMIENTO Día	FECHA NACIMIENTO Mes	FECHA NACIMIENTO Año	PARENTESCO HIJO	PARENTESCO HIJASTRO	PARENTESCO HERMANO	PARENTESCO PADRE	GRADO ESCOLARIDAD (2°)	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN PADRE (3°)

1°. INDIQUE EL NÚMERO DE DOCUMENTO CON LAS SIGLAS: CC (Cédula de Ciudadanía) CE (Cédula de Extranjería) TI (Tarjeta de Identidad) PEP (Permiso Especial de Permanencia) NUIP (Número Único de Identificación Personal)

2°. INDIQUE GRADO DE ESCOLARIDAD CON LAS SIGLAS: N (Ninguno), P (Primaria), B (Bachillerato), T(Técnico), PR (Profesional), OO(Otro)

3°. REGISTRE EL NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICO DE LOS HIJOS DIFERENTE AL TRABAJADOR APORTANTE.

SI ES BENEFICIARIO DE CUOTA MONETARIA

ENTIDAD BANCARIA: | CUENTA DE AHORROS [ ] CUENTA CORRIENTE [ ]

comfaboy unidos para crecer
AFILIACIÓN SUBSIDIO
No. PEDIDO
PUERTO BOYACA VENTANILLA 1
RECIBO DE DOCUMENTACION
25 AGO 2022

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY, identificada con el NIT. 891800191-8 y domiciliada en Tunja - Colombia en la dirección correo 10 # 16-81, teléfono 608 744 1515 extensión 1220 y página web: www.comfaboy.com.co, declara que como responsable de la información protege los datos suministrados por afiliados, colaboradores, proveedores, terceros, usuarios y otros interesados, en virtud de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, su Decreto reglamentario 1377 de 2013 y demás normas sobre la materia. [illegible] los términos dados en la autorización por su titular.

Autorizo a COMFABOY, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con la prestación de servicios de vivienda, salud, educación, cultura, recreación y turismo, crédito social, aportes y subsidio y mecanismo de protección al cesante, para cumplir con las finalidades y las funciones legales establecidas en la normatividad, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, tal cual para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, o sus aliados comerciales estratégicos, para que éstos sean incorporados en una base de datos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de [illegible] de carácter comercial y publicitario, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, realizar la preinscripción o inscripción [illegible] servicios y productos. Se informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con los medidos de seguridad definidos en la política de tratamiento de datos personales de COMFABOY. Las anteriores finalidades se podrán realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Por lo anterior, autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contactos, tales como: Número de teléfono móvil, correo electrónico, redes sociales, dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

[illegible] "Política Tratamiento de Datos Personales" en www.comfaboy.com.co. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus [illegible] COMFABOY le informa que sus derechos como titular de datos personales son:

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
LUIS FERNANDO MARIN YEPES	C.C.	10,188,445	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
GUSTAVO ADOLFO GUEVARA TRUJILLO	C.C.	10,189,688	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JHON HENRY LOPEZ CRUZ	C.C.	11,449,633	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
RODOLFO N GARZON GONZALEZ	C.C.	14,321,818	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JAIRO N REY CONTRERAS	C.C.	19,383,054	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
PAULA ANDREA ROMERO MARIN	C.C.	24,714,409	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
LUBIOLA MARIA CASTILLA RUIZ	C.C.	24,716,477	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
SANDRA VIVIANA CAMACHO OSPINA	C.C.	30,388,092	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
LINA MARIA QUINTERO ESCOBAR	C.C.	30,388,950	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
ANGELICA MARIA OLACIREGUI PALACIO	C.C.	36,726,853	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
XIMENA N PENA NAVAS	C.C.	39,763,009	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
ESTEFANY JOHANA BAENA MENDOZA	C.C.	55,313,043	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JAIRO IVAN MENDEZ DIAZ	C.C.	80,427,475	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
RODRIGO ALEJANDRO GUARIN VELEZ	C.C.	1,053,794,071	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
SANTIAGO N TRUJILLO BETANCUR	C.C.	1,053,844,163	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JESUS DAVID GONZALEZ AVILA	C.C.	1,054,549,900	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JHON FERNANDO RAMIREZ OSPINA	C.C.	1,058,846,206	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
MANUELA N TORO SOTO	C.C.	1,094,950,046	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
GESETH CAROLINA RODRIGUEZ CARVAJAL	C.C.	1,083,915,292	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
JEFERSSON ANDREY GUTIERREZ BERMUDEZ	C.C.	1,094,925,159	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
CARLOS ANDRES GOMEZ PUENTES	C.C.	1,094,945,007	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9005746 correspondiente a la empresa Corporacion Universitaria Minuto De Dios.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
KAROL TATIANA DIAZ GUZMAN	C.C.	1,106,951,643	09/08/2022

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 31 de agosto de 2022 a las 05:56:04 p.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009069039
9009069039

No. de Radicación: 24364024

Fecha de Radicación: 10 08 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: QUINTERO	Segundo Apellido: ESCOBAR	Primer Nombre: LINA	Segundo Nombre: MARIA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	30388950	Femenino [X] Masculino [ ]	D 18 D M 02 M A A 1976 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
$2.100.000	CALLE 11A 12 21 LAS PALMAS BARRIO	3113451125	

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
lina.quinterofns@gmail.com				DISTRITO CAPITAL

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	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
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		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla 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)
CORPORACION UNIVERSITARIA	NT	800116217	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 81 B 72 B 70	2916520	hesanchez@uniminuto.edu	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: 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 Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha novedad D D M M A A A A
				09 08 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 o afiliados adicionales.	X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	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. 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	Total
Cantidad:									

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. Copia del 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

71. Firma del funcionario

CARGO: PROFESOR UNIVERSITARIO

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.

PORTESCO S.A. NIT. 860.513.462 - 8 TEL. (1)624 50 99
07/2016

INTERNET

Fui Complementario

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009069039

9009069039

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LINA MARIA QUINTERO ESCOBAR

Identificación: CC 30388950

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos LINA MARIA QUINTERO ESCOBAR

Identificación: CC 30388950

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009069059
9009069059

No. de Radicación: 24364054

Fecha de Radicación: 10 08 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GUARIN	Segundo Apellido: VELEZ	Primer Nombre: RODRIGO	Segundo Nombre: ALEJANDRO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1053794071	Femenino [ ] Masculino [X]	D 01 D M 04 M A A 1989 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$2.100.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
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		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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		

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)
CORPORACION UNIVERSITARIA	NT	800116217	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 81 B 72 B 70	2916520		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: 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	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 09 D M 08 M A 2022 A

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

VIII. FIRMAS

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 [ ] Total [ ]
Cantidad:

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. Copia del 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 la 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: PROFESOR UNIVERSITARIO

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009069070
9009069070

No. de Radicación: 24364068

Fecha de Radicación: 10 08 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GOMEZ	Segundo Apellido: PUENTES	Primer Nombre: CARLOS	Segundo Nombre: ANDRES

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1094945007	Femenino [ ] Masculino [X]	D 20 D M 10 M A A 1994 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$2.100.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	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		

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)
CORPORACION UNIVERSITARIA	NT	800116217	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 81 B 72 B 70	2916520		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: 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	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 09 D M 08 M A 2022 A

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

VIII. FIRMAS

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 [ ] Total [ ]
Cantidad:
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. Copia del 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 la 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: PROFESOR UNIVERSITARIO

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009068850
9009068850

No. de Radicación: 24363481

Fecha de Radicación: 10 08 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: MARIN	Segundo Apellido: YEPEZ	Primer Nombre: LUIS	Segundo Nombre: FERNANDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	10188445	Femenino [ ] Masculino [X]	D 26 M 05 A 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$2.100.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
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		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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		

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)
CORPORACION UNIVERSITARIA	NT	800116217	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 81 B 72 B 70	2916520		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: 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	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 09 D M 08 M A 2022 A

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

VIII. FIRMAS

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 [ ] Total [ ]
Cantidad:
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. Copia del 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 la 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: PROFESOR UNIVERSITARIO

71. Firma del funcionario

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9009069082
9009069082

No. de Radicación: 24364086

Fecha de Radicación: 10 08 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GONZALEZ	Segundo Apellido: AVILA	Primer Nombre: JESUS	Segundo Nombre: DAVID

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1054549900	Femenino: Masculino: X	14 08 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo: Condición:			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$2.100.000	CLL 20 13 20 MARGARITAS (Dirección)		3234758117 (Teléfono fijo)	(Teléfono celular)
jedagoa14@gmail.com (Correo electrónico)	Municipio / Distrito	Zona Urbana: Rural:	Localidad / Comuna	DISTRITO CAPITAL (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
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		

	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P	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 registrarpo rla 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)
CORPORACION UNIVERSITARIA	NT	800116217	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 81 B 72 B 70	2916520	hesanchez@uniminuto.edu	BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación: 2. Corrección de datos básicos de identificación: 3. Actualización del documento de identidad: 4. Actualización y corrección de datos complementarios: 5. Terminación de la inscripción en la EPS: Código: 6. Reinscripción en la EPS: 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: 13. Movilidad: 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	42. Fecha novedad
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A	09 08 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 o afiliados adicionales.	X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	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. 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. Copia del 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 la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

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

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

71. Firma del funcionario

CARGO: PROFESOR UNIVERSITARIO

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.

PORTESCO S.A. NIT. 860.513.462 - 8 TEL. (1)624 50 99
07/2016

INTERNET

Fui Complementario

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9009069082

9009069082

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JESUS DAVID GONZALEZ AVILA
Identificación: CC 1054549900

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ **NO** X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos JESUS DAVID GONZALEZ AVILA
Identificación: CC 1054549900

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos
de quien no sabe o _____
no puede firmar: _____

Huella

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9009069111
9009069111

No. de Radicación: 24364130

Fecha de Radicación: 10 08 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: GUEVARA	Segundo Apellido: TRUJILLO	Primer Nombre: GUSTAVO	Segundo Nombre: ADOLFO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	10189688	Femenino [ ] Masculino [X]	D 08 D M 10 M A 1982 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$2.100.000	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	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
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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		

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)
CORPORACION UNIVERSITARIA	NT	800116217	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 81 B 72 B 70	2916520		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: 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	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 09 D M 08 M A 2022 A

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

VIII. FIRMAS

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 [ ] Total [ ]
Cantidad:
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. Copia del 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 la 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 de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: PROFESOR UNIVERSITARIO

71. Firma del funcionario

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 10/08/2022, el empleador CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS identificado con NIT número 800116217 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4731061	10/08/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1094925159	JEFERSSONANDREY GUTIERREZ BERMUDEZ	2100000	PROFESOR UNIVERSITARIO	2022-08-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1083915292	GESETHCAROLINA RODRIGUEZ CARVAJAL	2100000	PROFESOR UNIVERSITARIO	2022-08-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	30388092	SANDRAVIVIANA CAMACHO OSPINA	2100000	PROFESOR UNIVERSITARIO	2022-08-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	24716477	LUBIOLAMARIA CASTILLA RUIZ	2100000	PROFESOR UNIVERSITARIO	2022-08-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	36726853	ANGELICAMARIA OLACIREGUI PALACIO	2100000	PROFESOR UNIVERSITARIO	2022-08-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	24714409	PAULAANDREA ROMERO MARIN	2100000	PROFESOR UNIVERSITARIO	2022-08-09
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1053844163	SANTIAGO TRUJILLO BETANCUR	2100000	PROFESOR UNIVERSITARIO	2022-08-09

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Agosto del año 2022.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FUA Digital No. 750028229

Proceso Masivo Novedades

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐	A. Contributivo X
B. Reporte de Novedades X	- Beneficiario o Afiliado adicional ☐	B. Subsidiado ☐
	B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
DIAZ	GUZMAN	KAROL	TATIANA
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	1106951643	Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A

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
		2,100,000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
TRANSVERSAL 11A NO. 8-35		(320) 828-0647	tatianaguzman-15@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
HONDA - TOLIMA	Urbana ☐ Rural ☐		

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 documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
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 E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
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 (A registrar por la E.P.S.)
UNIMINUTO		NI-800116217	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación 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. 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 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 Radicación	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		09/08/2022

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
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.PS. 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 E.PS. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.PS. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la E.PS. envíe 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
CC-1106951643-DIAZ KAROL	NI-800116217-UNIMINUTO

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 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 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 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 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:

APLICAR FECHA DE RETIRO A:

RECIBIDO PARA ESTUDIO EPS SANITAS

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
Carrillo Arevalo Daniel Alexander / CC11442979		
C.C. No.		

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

agosto 31, 2022 18:40

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FUA Digital No. 750028227

Proceso Masivo Novedades

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

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 B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
PENA	NAVAS	XIMENA	
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	39763009	Femenino Masculino	D D M M A A A A

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
		2,700,000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
VEREDA SAN ANTONIO - CONJUNTO LOS ROBLES		(311) 492-9168	ximena.pena.navas@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
ARMENIA - QUINDIO	Urbana [ ] Rural [ ]		

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 documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
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			Condición	
				F	N	M	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Municipio / Distrito	Zona		Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	(A registrar por la E.P.S.)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
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 (A registrar por la E.P.S.)
UNIMINUTO		NI-800116217	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación 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. 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 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 Radicación	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		09/08/2022

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
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.PS. 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 E.PS. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.PS. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la E.PS. envíe 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
CC-39763009-PEÑA XIMENA	NI-800116217-UNIMINUTO

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 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 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 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 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:

APLICAR FECHA DE RETIRO A:

RECIBIDO PARA ESTUDIO EPS SANITAS

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
Carrillo Arevalo Daniel Alexander / CC11442979		
C.C. No.		

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

agosto 31, 2022 18:36

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FUA Digital No. 750028230

Proceso Masivo Novedades

Fecha de Radicación D D M M A A A A

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ]	A. Individual { - Cotizante o Cabeza de Familia [ ]	A. Contributivo [X]
B. Reporte de Novedades [X]	- Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
LOPEZ	CRUZ	JHON	HENRY
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	11449633	Femenino Masculino	D D M M A A A A

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
		2,100,000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CARRERA 8 NO.6-17		(311) 699-3569	henrylopez456@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
FACATATIVA - CUNDINAMARCA	Urbana [ ] Rural [ ]		

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 documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
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			Condición	
				F	N	M	T	P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia					33. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	(A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
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 (A registrar por la E.P.S.)
UNIMINUTO		NI-800116217	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud	**6l_1439**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 800116217 CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
Afiliado	CC 1094950046 MANUELA TORO SOTO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 2,100,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 81 B # 72 B 70
Fecha de ingreso	09/08/2022
Fecha de radicación	10/08/2022 09:13:07 a.m.
Código de Transacción	142821931
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 09/2022

Fecha de generación 10/08/2022

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud	**6l_1525**

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Reingreso 1	
Empleador	NI 800116217 CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
Afiliado	CC 1058846206 JHON FERNANDO RAMIREZ OSPINA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	$ 2,100,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CL 81 B # 72 B 70
Fecha de ingreso	09/08/2022
Fecha de radicación	10/08/2022 09:19:43 a.m.
Código de Transacción	142825115
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 09/2022

Fecha de generación 10/08/2022

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
FUERZA AÉREA COLOMBIANA
ASÍ SE VA A LAS ESTRELLAS

FAC-S-2022-166013-CI
Al contestar, cite este número
Página 1 de 2, de la Comunicación Radicado
No FAC-S-2022-166013-CI del 7 de septiembre de 2022 / MDN-COGFM-FAC-COFAC-JEMFA-CACOM-1-SECOM-DEDHU-SEFAB-IMFAP

Señor Teniente Coronel
NAILY AKID GANEM HERNANDEZ
Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor CACOM 1
Ciudad

Asunto: Solicitud autorización PAC Septiembre

Respetuosamente me permito solicitar al señor Teniente Coronel Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor de CACOM 1, tenga a bien autorizar el PAC Septiembre por un valor de $54.421.125 del contrato 083-00-D-CACOM1-DEDHU-2022 que tiene como objeto "Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, personal docente en áreas académicas, entrenadores deportivos, culturales y profesionales para el apoyo de diferentes áreas educativas que faciliten el desarrollo del proceso de formación escolar del Gimnasio Militar FAC TC. Flavio Angulo Piedrahita".

Lo anterior, teniendo en cuenta que la Corporación Universitaria Minuto de Dios, allegó el día 6 de septiembre la totalidad de las afiliaciones a seguridad social del personal docente asignado para la ejecución del contrato.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación 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. 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 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 Radicación	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		09/08/2022

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
- [ ] 49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.PS. 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 E.PS. reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [ ] 52. Autorización para que la E.PS. maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la E.PS. envíe 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
CC-11449633-LOPEZ JHON	NI-800116217-UNIMINUTO

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC	Total
Cantidad									

- [ ] 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 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 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 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:

APLICAR FECHA DE RETIRO A:

RECIBIDO PARA ESTUDIO EPS SANITAS

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
Carrillo Arevalo Daniel Alexander / CC11442979		
C.C. No.		

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

agosto 31, 2022 18:42

10	Docencia en Tecnología e Informática	Lic. En tecnología e informática, Lic. En informática, Lic. En diseño tecnológico, Lic. En electrónica, Lic. En electricidad, Lic. En mecánica, Lic. En educación tecnológica, Lic. En pedagogía o didáctica electrónica, Lic., en educación industrial, Lic., en docencia de los computadores, Lic. en tecnología educativa, Lic. en tecnología educativa, Lic. en matemáticas y computación, Lic. en educación básica con énfasis en tecnología o informática, Profesional en ingenierías de sistemas, informática, teleinformática, telemática, mecatrónica, mecánica, electrónica, eléctrica, aeronáutica, de telecomunicaciones y diseño y automatización electrónica, administración de sistemas de información, diseño multimedial, diseño industrial y administración comercial y de sistemas, Tecnología en sistemas, en informática, sistemas de información, computación.	1
11	Docencia en educación física, recreación y deporte	Lic. En educación física, Lic. En deporte, Lic. En recreación, Lic. En cultura física, Lic. En educación básica con énfasis en educación física, recreación y/o deportes, Lic. En pedagogía y didáctica de la educación física, recreación y deporte, Lic. En ciencias del deporte y la educación física, Lic. en educación básica y media vocacional área educación física, recreación y deportes, Profesional en actividad física y deporte, ciencias del deporte, cultura física y deporte, deporte, deportología, educación física, entrenamiento deportivo o administración deportiva.	2
12	Instrucción Militar Especial (Coordinación)	Militar en uso de buen retiro especialista en formación militar	1
13	Instrucción Militar Especial (instructores)	Militar en uso de buen retiro del área de seguridad y defensa de bases o infantería	2

b) Actividades específicas

- **Obligaciones del contratista:**

1. Suscribir oportunamente el acta de inicio del contrato, juntamente con el supervisor del mismo.
2. Responder ante las autoridades competentes por actos u omisiones que ejecute en desarrollo del contrato, cuando con ellos se cause perjuicio a la administración o a terceros, en los términos del artículo 52 de la Ley 80 de 1993.
3. Hacer entrega oficial al supervisor del contrato al finalizar la ejecución del contrato, de los archivos a su cargo y la información digital creada, procesada o modificada en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizadas, rotuladas y almacenadas, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental de la Fuerza Aérea Colombiana.
4. Identificar los procesos, procedimientos, instructivos, lineamientos, protocolos, formatos, riesgos, indicadores, acciones de mejora, y demás directrices aplicables a su gestión, acogerlos e incorporarlos en sus actividades diarias.
5. Conocer el Proyecto educativo del Gimnasio Militar FAC “TC. Flavio Angulo Piedrahita”, las políticas en materia de educación de la Fuerza Aérea Colombiana y los demás documentos y publicaciones requeridos para el cumplimiento de sus obligaciones.



Capitán ANDREA CAROLINA GOMEZ RUGE
Rectora Gimnasio Militar Tc Favio Angulo Piedrahita Cacom 1

Copia: CT GOMEZ / IMFAP

Elaboró: CT. GOMEZ / IMFAP Aprobó:CT. GOMEZ / IMFAP

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	02
		Vigencia:	07-05-19

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS
CONTRATO N°	083-00-D-CACOM1-DEDHU-2022	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	29-07-2022	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, personal docente en áreas académicas, entrenadores deportivos, culturales y profesionales para el apoyo de diferentes áreas educativas que faciliten el desarrollo del proceso de formación escolar del Gimnasio Militar FAC TC. Flavio Angulo Piedrahita.	
VALOR DEL CONTRATO	$296.842.500	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Gimnasio Militar FAC “TC. Flavio Angulo Piedrahita”	
CONTRATISTA	CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	
INTERVENTOR	NO APLICA	
SUPERVISOR (PRINCIPAL O SUPLENTE)	CT. ANDREA CAROLINA GÓMEZ RUGE (Supervisor Principal) TE. CÁRDENAS GARCÍA MYRIAM LILIANA (Supervisor Suplente)	

FORMA DE PAGO

No.	FECHA DE CORTE	MES DEL PAGO	VALOR
1	30 de agosto	PAC SEPTIEMBRE	$74.210.625
2	30 de septiembre	PAC OCTUBRE	$74.210.625
3	30 de octubre	PAC NOVIEMBRE	$74.210.625
4	30 de noviembre	PAC DICIEMBRE	$74.210.625

PLAZO DE EJECUCIÓN	30 de noviembre de 2022
GARANTIA CONTRACTUAL	Póliza de Seguros Suramericana No: 3399025-8 Cumplimiento - Cumplimiento del contrato: valor $59.368.500 Vigencia 30-03-2023 Cumplimiento - Calidad del servicio: valor $59.368.500 Vigencia 30-03-2023
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	N/A

El día 09 de agosto de 2022, en Comando Aéreo de Combate No.1, se reunieron el señor HAROLD DE JESÚS CASTILLA DEVOZ, Representante Legal de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, en su condición de contratista, la señora CT. ANDREA CAROLINA GÓMEZ RUGE, en calidad de Supervisor o interventor, con el fin de dejar constancia de la iniciación real y material de la ejecución del contrato en mención, cuyo objeto es Prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, personal docente en áreas académicas, entrenadores deportivos, culturales y profesionales para el apoyo de diferentes áreas educativas que faciliten el desarrollo del proceso de formación escolar del Gimnasio Militar FAC TC. Flavio Angulo Piedrahita., de acuerdo a las condiciones relacionadas anteriormente.

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
Luis Fernando Marín	Psicólogo	Psicología
Ximena Peña Navas	Asesor Desarrollo Pedagógico	Psicología
Lina María Quintero	Docente	Licenciatura en educación preescolar

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	02
		Vigencia:	07-05-19

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS
Paula Andrea Romero Marín	Docente	Licenciatura en educación preescolar
Lubiola María Castilla Ruíz	Docente	Licenciatura en Pedagogía Infantil
Angelica María Olaciregui Palacio	Docente	Licenciada en Educación Básica
Estefany Johana Baena Mendoza	Docente	Licenciatura en Educación Especial
Santiago Trujillo Betancur		Ingeniero Electrónico
Rodrigo Alejandro Guarín Vélez		Profesional en Filosofía y Letras
Sandra Viviana Camacho Ospina		Licenciada en Español y Literatura
Carlos Andrés Gómez Puentes		Ingeniero ambiental
Manuela Toro Soto		Bióloga
Geseth Carolina Rodriguez Carvajal		Licenciada en educación básica con énfasis en humanidades: lengua castellana e ingles
Jefferson Gutiérrez		Licenciado en Lenguas modernas
Karol Tatiana Diaz Guzmán		Licenciada en lengua extranjera ingles
Jhon Fernando Ramírez Ospina		Licenciado en filosofía y educación religiosa
Jesús David González Avila		Tecnólogo en análisis y desarrollo de sistemas de información
Jhon Henry López Cruz		Licenciatura en educación básica con énfasis en educación física, recreación y deporte
Gustavo Adolfo Guevara Trujillo		Licenciatura en Educación básica con énfasis en educación física, recreación y deporte
Rodolfo Garzón González		Tecnología en seguridad aeronáutica
Jairo Mendez		Especialidad Seguridad y Defensa de bases aéreas
Jairo Rey Contreras		Técnico Aeronáutico

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Se relaciona la ficha técnica del contrato

a) Requisitos y/o perfil del personal o capacitación a contratar

FICHA GENERAL DE NECESIDADES			
Item	**Área Educativa**	**Formación profesional**	**Número de profesionales**
1	Psicología	Profesional en Psicología y/o psicopedagogía	1
2	Desarrollo pedagógico	Profesional en Psicología, psicopedagogía, pedagogía, Lic. En educación	1
3	Docencia Preescolar	Lic. En educación preescolar, Lic. En educación infantil, Lc. En pedagogía, Lic. Para la educación de la primera infancia, Lic. En psicopedagogía, Lic. En educación especial o necesidades educativas especiales, Lic. En educación básica con énfasis en educación especial, Normalista superior, Tecnología en educación.	3
4	Docencia Primaria	Lic. En educación, Normalista superior, Tecnología en educación.	2
5	Docencia Matemáticas	Lic. En matemáticas, Lic. En educación o educación básica con énfasis en matemáticas, Lic. En física, Profesional en Matemáticas, Estadística, Física, Ingenierías.	1

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS

6	Docencia de humanidades y lengua castellana	Lic. En educación, Lic. En lengua castellana, Lic. En literatura, Lic. En educación básica con énfasis en humanidades o lengua castellana, Lic. En educación básica con énfasis en español y literatura, Lic. En lingüística, Lic. En lenguaje, Lic. En filología, Lic. en filosofía y letras, Lic. en lenguas modernas español, Lic. en idiomas, Lic. en educación con énfasis o especialidad en español, Lic. en español, Lic. en educación con énfasis en humanidades, Lic. en etnoeducación con énfasis en comunicación y lingüística, Lic. en enseñanza de la lengua, Lic. en humanidades, castellano lengua materna, Lic. en humanidades y lengua castellana, Lic. en español y filosofía, Lic. en español e inglés, Lic. español e inglés, Lic. en lenguas extranjeras, Lic. en español y lenguas extranjeras, Lic. en filología e idiomas, Lic. en bilingüismo, Profesional en Español-literatura, Estudios literarios, Filología e idiomas, Lenguajes y estudios socioculturales, Letras -filología hispánica, Lenguas modernas, Lingüística, Literatura, Filosofía y letras, Comunicación social.	2
7	Docencia de ciencias naturales y química	Lic. En química, Lic. En biología y química; física y química, Lic. En ciencias naturales: física, química y biología, Lic. En educación con énfasis o especialidad en química, Profesional en Química y afines, Biología, microbiología y afines, Bacteriología, Química farmacéutica o ambiental, Ingenierías: química y afines, agroindustrial, alimentos y afines, bioquímica, biotecnológica y biomédica.	2
8	Docencia de idioma extranjero - ingles	Lic. En educación bilingüe, Lic. En enseñanza de la lengua inglesa, Lic. En inglés, Lic. En lenguas extranjeras o lenguas modernas, Lic. En idioma español-inglés, Lic. En lengua castellana e inglés, Lic. En lengua inglesa, Lic. En educación básica con énfasis en humanidades-inglés, Lic. en educación básica con énfasis en inglés o lenguas extranjeras, Lic. en humanidades e idiomas, Lic. en educación con especialidad en inglés, Lic. en idiomas, Profesional en Filología e idiomas, idiomas, lenguas modernas, lenguas extranjeras inglés-francés, negocios internacionales y lenguas extranjeras.	3
9	Docencia en educación religiosa y filosofía	Lic. En educación religiosa o ciencias religiosas, Lic. En educación básica con énfasis en educación religiosa, ética o valores humanos, Lic. En educación con énfasis en educación religiosa, teología, filosofía o religión, Lic. En ética y formación religiosa, Lic. en teología, Lic. en filosofía, Lic. en estudios bíblicos, Lic. en ética, Lic. en educación básica con énfasis en educación religiosa, Profesional en Teología, Ciencias bíblicas, ciencias religiosas, Filosofía, Estudios religiosos.	1

6. Constituir una póliza de garantía
7. Diligenciar el formato Acuerdo de Confidencialidad
8. Diligenciar el formato Compromiso de Secreto Profesional y Cesión de Derechos.
9. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato.
10. Mantener estricta reserva y confidencialidad sobre la información que conozca por causa o con ocasión del contrato, así como, respetar la titularidad de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras, creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato.
11. Dar estricto cumplimiento en cada actividad que desarrolle con ocasión del contrato al Código de ética y Régimen Disciplinario de la profesión, y demás normas que lo complementen, sustituyan y/o deroguen.
12. Tener al día las afiliaciones a Seguridad Social, los pagos de salarios y prestaciones sociales de cada uno de los formadores, profesionales y técnicos asignados para la ejecución del contrato.
13. Una vez finalice el objeto del contrato, el (la) CONTRATISTA deberá entregar al supervisor del Gimnasio "TC Flavio Angulo Piedrahita", un informe detallado de las actividades realizadas durante su ejecución indicando en el mismo los asuntos asignados, tramitados y pendientes por resolver, así como los archivos físicos y magnéticos que se hubieran generado durante la ejecución del mismo.
14. El contratista debe informar todos los descuentos y retenciones de ley a que haya lugar por la naturaleza de la entidad, evitando a la FAC-CACOM-1 errores en los registros tributarios y contables.
15. En caso de que el CONTRATISTA cambie algún personal que se encuentre prestando el servicio en las instalaciones del GIMFA deberá informar al supervisor del contrato de la situación con antelación, no menor a DOCE (12) días, asimismo, la persona que le reemplace, deberá acreditar las condiciones de idoneidad correspondientes de acuerdo a las especificaciones requeridas por el Comando Aéreo de Combate No. 1.
16. Al no contar con el número total requerido del PERSONAL por parte del contratista, este debe garantizar su reemplazo para que no se vea afectado los procesos educativos de los estudiantes, de igual forma se debe garantizar que el personal que haga su reemplazo tenga experiencia, dominio e idoneidad en el área.
17. El contratista debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas, dotación, implementación, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato.
18. No suministrar ninguna clase de información o detalle a terceros y mantener como documentación clasificada todos los aspectos relacionados con el contrato.
19. Mantener la debida reserva respecto de los asuntos técnicos e instalaciones de las Fuerzas Militares de la República de Colombia, conocidos por el CONTRATISTA durante el desarrollo del contrato o con posterioridad al mismo.
20. Realizar las actividades propias descritas dentro del objeto contractual dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema Integral de Gestión de calidad.

- **Actividades a desarrollar** El contratista debe adelantar las siguientes actividades para cumplir el objeto contractual:

PSICOLOGÍA INSTITUCIÓN EDUCATIVA			
CANTIDAD	**1**	**PERFIL (Formación académica, formación complementaria y experiencia laboral)**	Profesional en Psicología y/o psicopedagogía Diplomados y/o cursos y/o seminarios relacionados con educación preescolar, básica y media.
PLAZO DE EJECUCIÓN	30-nov		• Acreditar experiencia mínima de un año en Instituciones Educativas, sistemas de evaluación educativa y

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS

			acompañamiento docente en el aula y experiencia 01 año en orientación vocacional o intervención a estudiantes.

No.	ACTIVIDAD	ENTREGABLES PREVISTOS	PESO	PROYECCION EJECUCION DE ACTIVIDADES				
				1	2	3	4	TOTAL
1	Apoyo Necesidades Educativas Especiales	- Identificación de estudiantes con necesidades educativas especiales - Identificación de metodología de enseñanza a cada niño de acuerdo con su condición - Sensibilización a cada docente que interviene con la formación de los estudiantes con necesidades educativas especiales. - Seguimiento de progreso y evolución de cada estudiante.	30%	25%	25%	25 %	25%	100%
2	Diseño y desarrollo de programas de promoción y prevención de las diferentes áreas de intervención psicológica	- Revisión de programas de promoción y prevención existentes - Propuesta de mejora de programas de promoción y prevención - Revisión y definición del un procedimiento para la reducción de la deserción estudiantil. - Intervenciones grupales a docentes y estudiantes	25%	25%	25%	25 %	25%	100%
3	Brindar atención psicoterapéutica y/o cognitiva a los miembros de la Institución	- Establecer plan de atención a docentes y estudiantes - Aplicación de pruebas especializadas de evaluación en las áreas requeridas.	25%	25%	25%	25 %	25%	100%
4	Gestión administrativa asociada a las actividades desarrolladas en la dependencia.	- Respuesta a requerimientos de entidades superiores. - Elaboración de Presentaciones. - Proyección de Oficios. - Corrección de documentos. - Elaboración de Actas. - Estadísticas de seguimiento. - Informe mensual de las actividades realizadas	20%	25%	25%	25 %	25%	100%
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN			100%	25%	25%	25 %	25%	100%
				AGO	SEP	OCT	NOV	

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	02
		Vigencia:	07-05-19

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS

PROFESIONAL DESARROLLO PEDAGÓGICO			
CANTIDAD	**1**	**PERFIL (Formación académica, formación complementaria y experiencia laboral)**	Profesional en Psicología, psicopedagogía, pedagogía, Licenciatura en Educación Diplomados y/o cursos y/o seminarios relacionados con calidad educativa
PLAZO DE EJECUCIÓN	30-nov		• Acreditar experiencia mínima de un año en Instituciones Educativas, sistemas de evaluación educativa y acompañamiento docente en el aula y experiencia 01 año en orientación vocacional o intervención a estudiantes. • Acreditar experiencia mínima de 1 año en construcción o contribución a Proyectos Educativos Institucionales y Modelos pedagógicos.

No.	ACTIVIDAD	ENTREGABLES PREVISTOS	PESO	PROYECCION EJECUCION DE ACTIVIDADES				
				1	2	3	4	TOTAL
1	Modelo Pedagógico Institucional	- Análisis del Modelo Pedagógico Institucional actual (Informe de Análisis) - Jornadas de reflexión para construcción del Modelo Pedagógico Institucional con la comunidad educativa.	30%	25%	25%	25%	25%	100%
2	Proyecto Educativo Institucional	- Análisis del Proyecto Educativo Institucional actual (Informe de Análisis) - Liderar el proceso de actualización del Proyecto Educativo Institucional acorde con los objetivos de la Institución Educativa	30%	25%	25%	25%	25%	100%
3	Desarrollo de estrategias pedagógicas	- Visita de clases con miras a la revisión de estrategias y didácticas empleadas por los docentes, alienadas al Proyecto Educativo Institucional. - Documento de desarrollo estrategias pedagógicas innovadoras que impacten el aprendizaje de los estudiantes.	25%	25%	25%	25%	25%	100%
4	Gestión administrativa asociada a las actividades desarrolladas en la dependencia.	- Presentación propuesta del modelo pedagógico. - Elaboración de Presentaciones en el marco del modelo pedagógico y proyecto educativo institucional. - Corrección de documentos. - Elaboración de Actas. - Informe mensual de las actividades realizadas.	15%	25%	25%	25%	25%	100%
		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%	25%	25%	25%	25%	100%

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	02
		Vigencia:	07-05-19

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS

DOCENCIA

CANTIDAD	**17**	**PERFIL (Formación académica, formación complementaria y experiencia laboral)**	Profesional en las diferentes áreas de educación de preescolar, básica primaria y secundaria Diplomados y/o cursos y/o seminarios relacionados con su formación profesional
PLAZO DE EJECUCIÓN	30-nov		• Acreditar experiencia mínima de un año en Instituciones Educativas.

No.	ACTIVIDAD	ENTREGABLES PREVISTOS	PESO	PROYECCION EJECUCION DE ACTIVIDADES				
				1	2	3	4	TOTAL
1	Actividades de Docencia	- Planear, dictar y evaluar las clases en las asignaturas correspondientes a su área de conocimiento. - Realizar una revisión y actualización de los contenidos relacionados con las asignaturas de su área de conocimiento - Plantear estrategias pedagógicas innovadoras en el desarrollo de las clases asignadas.	30%	25%	25%	25%	25%	100%
2	Actividades de Convivencia	- Atender los requerimientos de los padres de familia y estudiantes de las clases asignadas en pro de mantener una sana convivencia escolar. - Hacer seguimiento a estudiantes de acuerdo con sus necesidades académicas y de convivencia social. - El personal suministrado debe ser ejemplo de disciplina, presentación personal y compromiso con las actividades relacionadas con el contrato.	30%	25%	25%	25%	25%	100%
3	Actividades académicas	- Participar en la formulación y diseño de planes y programas educativos orientados al mejoramiento continuo de la Institución. - Participar en la planeación y desarrollo de las actividades de su área de desempeño. - Participar en actividades relacionadas con la función de docencia como dirección de grupo, turnos de disciplina, atención a casos especiales, servicio social, reunión con miembros de la comunidad educativa, jefatura de área. - Participar en cuerpos colegiados de la Institución y demás reuniones que por su capacidad e idoneidad pueda ser convocado.	25%	25%	25%	25%	25%	100%

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS

		- Acompañamiento al proceso de preparación para el ICFES, tanto en las jornadas extracurriculares como en las clases asignadas con el desarrollo de evaluaciones orientadas a la preparación de dicha prueba.						
4	Gestión administrativa asociada con el objeto del contrato.	- Respuesta a requerimientos de entidades superiores. - Elaboración de Presentaciones. - Estructuración y formulación de documentos. - Elaboración de Actas. - Estadísticas de seguimiento. - Informe mensual de las actividades realizadas	15%	25%	25%	25%	25%	100%
		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%	25%	25%	25%	25%	100%
				AGO	SEP	OCT	NOV	

COORDINADOR INSTRUCCIÓN MILITAR ESPECIAL			
CANTIDAD	**1**	**PERFIL (Formación académica, formación complementaria y experiencia laboral)**	Suboficial de las Fuerzas Militares de Colombia en uso de buen retiro Diplomados y/o cursos y/o seminarios relacionados con su formación profesional
PLAZO DE EJECUCIÓN	30-nov		• Acreditar experiencia en liderazgo y manejo de personal

No.	ACTIVIDAD	ENTREGABLES PREVISTOS	PESO	PROYECCION EJECUCION DE ACTIVIDADES				
				1	2	3	4	TOTAL
1	Proyección Instrucción Militar Especial	- Proyectar, coordinar y realizar la programación, planes de instrucción militar en las diferentes fases para los alumnos del Gimnasio Militar FAC, de acuerdo a la normatividad institucional, del Ministerio de Defensa Nacional y al plan educativo vigente, con el fin de lograr una formación militar de calidad	33%	25%	25%	25%	25%	100%
2	Seguimiento Instrucción Militar Especial	- Asesorar al jefe inmediato sobre las actividades de capacitación, entrenamiento y desempeño de los alumnos, con el fin de mantener la alineación con el área académica sobre el desarrollo y actividades de instrucción militar. - Coordinar y gestionar los requerimientos de material, equipo,	33%	25%	25%	25%	25%	100%

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS

		áreas de instrucción, con el fin de cumplir los requisitos estándar de la instrucción militar en el Gimnasio Militar FAC.						
3	Programación Instrucción Militar Especial	- Coordinar y suministrar a los instructores información sobre enlaces de las capacitaciones y documentos necesarios, para el correcto funcionamiento de la instrucción militar, con el fin de lograr celeridad y cumplimiento - Coordinar, organizar y ejecutar el desarrollo de ceremonias de alumnos en las actividades programadas por el Gimnasio Militar FAC y en el programa de instrucción militar, motivando la doctrina militar.	34%	25%	25%	25%	25%	100%
		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%	25%	25%	25%	25%	100%

INSTRUCCIÓN MILITAR ESPECIAL			
CANTIDAD	**2**	**PERFIL (Formación académica, formación complementaria y experiencia laboral)**	Suboficial de las Fuerzas Militares de Colombia en uso de buen retiro
PLAZO DE EJECUCIÓN	30-nov		• Acreditar experiencia en manejo de personal

No.	ACTIVIDAD	ENTREGABLES PREVISTOS	PESO	PROYECCION EJECUCION DE ACTIVIDADES				
				1	2	3	4	TOTAL
1	Seguimiento y Control Instrucción Militar Especial	- Supervisar y controlar la disciplina, instrucción, entrenamiento y aspectos administrativos de los alumnos que se encuentran en el programa de instrucción militar, con el fin de cumplir con el objetivo del área - Coordinar y verificar el trámite de incorporación de los alumnos en la fase preliminar de instrucción militar y licencia a los alumnos que cumplan con los requisitos de aprobación, con el fin de dar trámite a lo establecido en la ley 48 de 1993.	50%	25%	25%	25%	25%	100%

2	Programación Instrucción Militar Especial	- Conocer, establecer y cumplir con la programación de instrucción militar para los alumnos del Gimnasio Militar Fuerza Aérea, con el fin de cumplir con la capacitación. - Programar, coordinar y controlar la realización de salidas pedagógicas direccionadas hacia la instrucción militar, con el fin de afianzar la misma. - Verificar y ejecutar el desarrollo de ceremonias de alumnos en las actividades programadas por el Gimnasio Militar Fuerza Aérea y en el programa de instrucción militar, motivando la doctrina militar.	50%	25%	25%	25%	25%	100%
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN			100%	25%	25%	25%	25%	100%

c) Otras condiciones técnicas

1. Dar uso eficiente a los recursos de la institución en desarrollo y ejecución del contrato mediante el cumplimiento e implementación de las políticas públicas: Cero papeles, ahorro de servicios públicos y demás lineamientos ambientales.
2. Cumplir los deberes éticos de su profesión.
3. Entregar al supervisor informe de las actividades realizadas, documentos elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivos a su cargo, organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental de la Entidad y de conformidad con la normatividad legal vigente.
4. Presentar los informes requeridos por el supervisor del contrato para el seguimiento de las tareas encomendadas y bajo la periodicidad que se indique.
5. Realizar las actividades propias descritas dentro del objeto contractual dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general e interno que guarden relación con el Sistema Integral de Gestión de calidad.
6. Cumplir con los requerimientos solicitados por el supervisor del contrato para dar buena ejecución al objeto del proceso.
7. El contratista debe socializar y dar a conocer a sus trabajadores la reglamentación de convivencia, políticas internas de trato con el personal militar y civil, buenas prácticas y políticas de transeúntes, establecidas en el CACOM-1.
8. El contratista deberá cumplir con las medidas de bioseguridad necesarias para la prestación del servicio y deberá acatar las normas vigentes para el desarrollo de sus actividades, para el efecto deberá seguir las instrucciones y recomendaciones que emita la entidad a través del supervisor del contrato.
9. Todo personal del contratista deberá contar con el esquema de vacunación COVID-19.

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-009
	FORMATO ACTA DE INICIO CONTRATO DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	02
		Vigencia:	07-05-19

ACTA DE INICIO PARA SERVICIOS	FECHA 09-08-2022	HORA: 10:00 HRS
OBSERVACIONES		
N/A		
EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:		



HAROLD DE JESÚS CASTILLA DEVOZ
Representante Legal Corporación Universitaria Minuto de Dios
CONTRATISTA

CT. ANDREA CAROLINA GÓMEZ RUGE
SUPERVISOR

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICACION

BOGOTÁ D.C., 02/05/2022

Por medio de la presente hacemos constar que nuestro cliente **CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS** con **NIT 8001162172** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS
Número 0550004000146995

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14785501336

(415)7707212489984(8020) 000001478550133 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona jurídica 1			

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres

35. Razón social
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

36. Nombre comercial	37. Sigla
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS	UNIMINUTO

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 73 A 81 B 70

42. Correo electrónico direccion.juridica@uniminuto.edu

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 9 1 6 5 2 0	2 9 1 6 5 5 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 4	1 9 9 3 0 1 2 6	8 5 5 9	2 0 1 2 1 0 0 1		7 0 2 0	8 5 5 1		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código	4	7	9	1 0	1 3	1 4	1 6	1 8	2 6	4 1	4 2	5 2														

04- Impto renta y compl. régimen especial
07- Retención en la fuente a título de rent
09- Retención en la fuente en el impuesto
10- Obligado aduanero
13- Gran contribuyente
14- Informante de exogena
16- Obligación facturar por ingresos bienes
18- Precios de transferencia
26- Declaración individual precios de tran
41- Declaración anual de activos en el exte
42- Obligado a llevar contabilidad
52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código	2 3	2 2								

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
2	1	57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 09 - 09 / 15 : 08: 47

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	2	63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas	8	70. Beneficio	2

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 8	0 8
72. Número	1 0 3 4 5	0 0 7 9
73. Fecha	1 9 9 0 0 8 0 1	1 9 9 5 0 1 1 8
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 6	0 6
76. Fecha de registro	1 9 9 0 0 8 0 1	
77. No. Matrícula mercantil		
78. Departamento	1 1	1 1
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	0 0 1

Vigencia

80. Desde	1 9 9 0 0 8 0 1
81. Hasta	

Composición del Capital

82. Nacional	1 0 0 %
83. Nacional público	0 . 0 %
84. Nacional privado	1 0 0 . 0 %
85. Extranjero	0 %
86. Extranjero público	0 . 0 %
87. Extranjero privado	0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control: Ministerio de Educación 1 7

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 1 0 1		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Representación

1

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 1 7 0 4 0 5

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadaní 1 3	7 3 3 5 0 9 0 0		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CASTILLA	DEVOZ	HAROLD	DE JESUS

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

2

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 1 0 3 0 3

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadan 1 3	1 9 4 4 0 8 3 7		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
CARDENAS	GARCIA	MARIO	HENRY

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

3

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación
REPRS LEGAL PRIN 1 8	2 0 2 1 0 2 2 4

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional
Cédula de Extranjer 2 2	3 0 4 0 3 9		

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres
LAVAUX		STEPHANIE	

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

4

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

5

98. Representación	99. Fecha inicio ejercicio representación

100. Tipo de documento	101. Número de identificación	102. DV	103. Número de tarjeta profesional

104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre	107. Otros nombres

108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 0 7 4 8 5 7 0		1 8 5 1 0 4 T

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
ROA	MENDOZA	JEISON	ALEXANDER

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada
9 0 0 9 4 3 0 4 8	4	PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS

135. Fecha de nombramiento: 2 0 2 1 0 3 0 1

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 5 4 2 9 6 1 7		1 9 9 6 2 6 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
GARZON	CARDENAS	NIRIA	GISSELLE

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
9 0 0 9 4 3 0 4 8	4	PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS

147. Fecha de nombramiento: 2 0 1 8 0 1 0 9

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	5 1 7 8 0 5 1 0		6 0 7 4 5 T

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres
DEL RIO	BRAVO	ANGELA	MARIA

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada
9 0 0 1 9 8 3 2 2	1	AUDIT CONSULTING AND ADVISORY SERVICES S.A.S.

159. Fecha de nombramiento: 2 0 1 7 0 1 1 7

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal

124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional

128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres

132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada

135. Fecha de nombramiento

Revisor fiscal suplente

136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 2 9 3 5 4		1 9 3 5 6 1 T

140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
FERNANDEZ	LOZANO	WILSON	GERARDO

144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada
9 0 0 9 4 3 0 4 8	4	PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS

147. Fecha de nombramiento
2 0 1 8 0 1 0 9

Contador

148. Tipo de documento	149. Número de identificación	150. DV	151. Número de tarjeta profesional

152. Primer apellido	153. Segundo apellido	154. Primer nombre	155. Otros nombres

156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada

159. Fecha de nombramiento

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Seccionales 1 3	Educación de universidades 8 5 4 4	

162. Nombre del establecimiento: UNIMINUTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Antioquia 0 5	Bello 0 8 8	

165. Dirección: CR 4522 D 25

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
4 6 2 3 1 3 1		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Regionales 1 4	Educación de universidades 8 5 4 4	

162. Nombre del establecimiento: UNIMINUTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4	

165. Dirección: CR 71224

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
7 3 2 2 3 4 5		

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Regionales 1 4	Educación de universidades 8 5 4 4	

162. Nombre del establecimiento: UNIMINUTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Cundinamarca 2 5	Girardot 3 0 7	

165. Dirección: CR 121821

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	

168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
8 3 5 1 4 4 1		

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Regionales 1 4	Educación de universidades 8 5 4 4

162. Nombre del establecimiento: UNIMINUTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Lérida 4 0 8

165. Dirección: BRR JUAN PABLOII VIA DELICIAS

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono	169. Fecha de cierre
2 8 9 0 6 9 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Regionales 1 4	Educación de universidades 8 5 4 4

162. Nombre del establecimiento: UNIMINUTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

165. Dirección: CL 263649 BRR SAN BENITO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono	169. Fecha de cierre
6 7 2 7 6 1 5	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Sede 0 9	Educación de universidades 8 5 4 4

162. Nombre del establecimiento: UNIMINUTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 908769

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil

168. Teléfono	169. Fecha de cierre
5 3 5 9 2 8 4	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos textiles en establecimientos especializ 4 7 5 1

162. Nombre del establecimiento: TIENDA UNIMINUTO SEDE PRINCIPAL

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CR 73 A 81 B 70

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 0 6 4 4 9 2	2 0 1 9 0 2 0 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
2 9 1 6 5 2 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos textiles en establecimientos especializ 4 7 5 1

162. Nombre del establecimiento: TIENDA UNIMINUTO SEDE SOACHA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

165. Dirección: TV 5 5 G 76

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 0 6 4 4 9 4	2 0 1 9 0 2 0 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
2 9 1 6 5 2 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos textiles en establecimientos especiali 4 7 5 1

162. Nombre del establecimiento: TIENDA UNIMINUTO SEDE BUGA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

165. Dirección: CL 21 SUR CR 12 C O SUR OCC

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
7 0 1 4 7	2 0 1 9 0 2 1 2
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 6 9 0 2 7 0	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos textiles en establecimientos especializ 4 7 5 1

162. Nombre del establecimiento: TIENDA UNIMINUTO SEDE IBAGUE

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: CR 5 18 55

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 0 0 3 9 0	2 0 1 9 0 2 1 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
2 7 6 0 4 9 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos textiles en establecimientos especializ 4 7 5 1

162. Nombre del establecimiento: TIENDA UNIMINUTO SEDE BELLO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Antioquia 0 5	Bello 0 8 8

165. Dirección: CR 45 22 D 25

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
2 1 6 7 5 7 9 5 0 2	2 0 1 9 0 2 1 5
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
4 6 6 9 2 0 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos agrícolas para el consumo en establec 4 7 2 1

162. Nombre del establecimiento: MERCADOS SOLIDARIOS MD

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: CL 81 73 40

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 3 1 1 4 0 9 3	2 0 1 9 0 5 1 7
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
2 9 1 6 5 2 0	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14785501336

(415)7707212489984(8020) **000001478550133 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 1 6 2 1 7	2	Operativa de Grandes Contribuyentes 3 1	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de productos textiles en establecimientos especializ 4 7 5 1

162. Nombre del establecimiento: TIENDA UNIMINUTO SEDE PEREIRA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

165. Dirección: KM 11 VIA CERRITOS SEC GALICIA

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 1 6 6 1 1 6	2 0 1 9 0 7 1 8
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 2 0 7 2 0 3 3 3 1	2 0 2 0 0 6 1 2

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Otras actividades de atención de la salud humana 8 6 9 9

162. Nombre del establecimiento: CONSULTORIO DE ATENCION PSICOLOGICA - UNIMINUTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: CR 3 4 39

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
3 0 9 9 0 1	2 0 1 9 1 0 2 4
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
2 7 6 0 4 9 0	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Oficina 0 8	Educación de universidades 8 5 4 4

162. Nombre del establecimiento: CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

165. Dirección: C R 73 A 81 B 70

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
2 9 1 6 5 2 0	

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SIIF Nación

Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante:	MHcpalma	Camilo Andrés Palma Barragan
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:	15-01-05-003	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1
Fecha y Hora Sistema:	2022-09-16-11:55 a. m.	

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.

Numero:	255422	Fecha Registro:	2022-09-16	Unidad / Subunidad ejecutora:			15-01-05-003 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No 1				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generada	Requiere DIP:		No	Tipo de DIP:			Nro. Compromiso:	235722
Valor Inicial:	54.421.125,00	Valor Total Operaciones:				0,00	Valor Actual:	54.421.125,00		Saldo x Ordenar:	54.421.125,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	Valor Total Operaciones Moneda Original:				0,00	Valor Actual Moneda Original:	0,00		Saldo x Ordenar Moneda Original:	0,00
Valor Deducciones:	435.369,00	Valor Neto:				53.985.756,00	Valor IVA:	0,00		Nro. Cdp:	9822
Valor Deducciones Moneda:	0,00	Valor Neto Moneda:				0,00	Atributo Contable:	05-NINGUNO		Comprobante Contable:	5256 12
TERCERO											
Identificacion:	800116217	Razon Social:	CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS							Medio de Pago:	Abono en cuenta
CUENTA BANCARIA											
Numero:	005000400071469 95	Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.					Tipo:	Ahorro	Estado:	Activa
CUENTA X PAGAR				**CAJA MENOR**							
Numero:	259122	Tipo:	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	Identificacion:						Fecha de Registro:	
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	UMAD4287	Tipo:	FACTURA					Fecha:	2022-09-16		

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACIO	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	A-02-02-02-009-002 SERVICIOS DE EDUCACIÓN	Nación	16	SSF	05-NINGUNO					
						Total:	54.421.125,00	0,00	54.421.125,00	54.421.125,00

Objeto:	SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN, PERSONAL DOCENTE EN ÁREAS ACADÉMICAS, ENTRENADORES DEPORTIVOS, CULTURALES Y PROFESIONALES PARA EL APOYO DE DIFERENTES ÁREAS EDUCATIVAS QUE FACILITEN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE FORMACIÓN ESCOLAR DEL GIMNASIO MILITAR FAC TC. FLAVIO ANGULO PIEDRAHITA. CTO 083-00-D-CACOM-1-DEDHU-2022 FV UMAD4287

PLAN DE PAGOS

DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
003 COMANDO AEREO DE COMBATE No.1	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2022-09-21	Generada	54.421.125,00

POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL

POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 899999413	MUNICIPIO DE PUERTO SALGAR	54.421.125,00	0,800 %	435.369,00	435.369,00

TC. NAILY AKID GANEM HERNANDEZ
SEGUNDO COMANDANTE CACOM-1

ST. KENY JOHANNA GARCIA TIMON
CONTADORA