EMSSANAR S.A.S.
Registro en Cámara de Comercio No.15233 libro IX. Octubre 24 de 2016
Nit. 901 021 565 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I.DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
GAMBOA (Primer apellido)	FERNANDEZ (Segundo apellido)	JESUS (Primer nombre)	DALIAN (Segundo nombre)
7. Tipo de documento de identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de nacimiento**
CC	1114458501	Femenino [ ] Masculino [X]	04 10 2022

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
SURA ARL	PORVENIR	$1.000.000

18. Residencia			
BARRIO NUEVO GUABAS (Dirección)		3178125701 (Teléfono celular)	proarquiconstrucciones@gmail.com (Correo electronico)
GUACARI (Municipio/Distrito)	Zona Urbana [ ] Rural [X]	GUABAS (Localidad/Comuna)	VALLE (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	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de a portante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901487700	

39. Ubicación				
CL 7 A SUR # 13 - 79 (Dirección)	3116069572 (Teléfono)	proarquiconstrucciones@gmail.com (Correo electrónico)	BUGA (Municipio/Distrito)	VALLE (Departamento)

ARL | sura

Medellín, 14 de Diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1114458501	GAMBOA FERNANDEZ JESUS DALIAN	13/12/2022		63C23418	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11144543242234873197

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/12/2022 20:19:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.196.174, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 14 de Diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre		Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C71260458	ARANGO	JORGE ARMANDO	13/12/2022		25518227	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C111445432422348734 92

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/12/2022 20:24:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.196.174, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ	BARRERA	RUBEN	DARIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo (Femenino / Masculino)	10. Fecha de nacimiento
CC	1015410187	Masculino [X]	15 / 02 / 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Cuál)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA ARL	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$1.000.000	CALLE 13 A # 13 - 00				3142247645
proarquiconstrucciones@gmail.com	GUACARI	Zona Urbana [X] Rural [ ]			VALLE

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo (Femenino / Masculino)	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
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				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo (F / M / M / T / P)	Cuál	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona (Urbana / Rural)	Dirección	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		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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)
PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS	NIT	901487700	

39. Ubicación					
CALLE 7 A SUR # 13 - 79	3116089572	proarquiconstrucciones@gmail.com	BUGA	VALLE	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Traslado de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Retiro 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 otra entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de otra 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 cambio de población al recuerdo [ ] 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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				09 / 12 / 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 [X]
48. Declaración de veracidad de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios [X]
49. Declaración de no información del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en esta Institución Prestadora de Servicios de Salud [X]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular suministrado por ésta [X]

VIII. FIRMAS

Ruben Dario Rodriguez

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] SC [ ] Total: 1

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 juramentada 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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

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

Cadena s.a.

- ORIGINAL UNICA -

Comfandi

Santiago de Cali, diciembre 14 de 2022.

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA

COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI

HACE CONSTAR QUE:

RUBEN DARIO RODRIGUEZ BARRERA identificado con Cédula de Ciudadanía 1015410187 se encuentra afiliado en la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - Comfamiliar Andi - Comfandi, por la empresa PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS con NIT 9014877006, desde el 9 de diciembre de 2022, fecha de ingreso a la empresa el 9 de diciembre de 2022.

Cordialmente,

MARCO TULIO MONTES BOTERO

Gerente Subsidios y Aportes

Caja de compensación del Valle del Cauca
NIT 890.303.208-5

La Caja de Compensación Familiar Comfandi, miembro de la Asociación de Cajas de Compensación Familiar (ASOCAJAS), le genera bienestar social a los trabajadores de menores ingresos y a sus familias.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 14 de Diciembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL VALLE DEL CAUCA, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C6320521	URIBE FRANCISCO JAVIER	09/12/2022		139213n3	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11144543242234873337

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/12/2022 20:22:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.102.196.174, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Codigo Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACION [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]

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

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

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

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

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD:

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
URIBE		FRANCISCO	JAVIER

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [X] [ ] [ ] [ ] [ ]

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 6320521

9. SEXO: [ ] [X]

10. FECHA NACIMIENTO: 08 / 07 / 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN: Código Etnia [ ] [ ] 12. DISCAPACIDAD: Tipo [ ] [ ] Condición [ ]

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: SURA ARL

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PROTECCION

17. INGRESO BASE DE COTIZACION - IBC: $1.000.000

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CL 8 # 4 - 20

ZONA: U. [X] R. [ ]

LOCALIDAD / COMUNA:

BARRIO:

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
GUACARI	VALLE		3218670723	javierfranciscouribe01@gmail.com	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

22. SEXO: [ ] [ ]

23. FECHA NACIMIENTO:

CÓDIGO IPS:

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

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

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo asignará la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
2			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
3			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	
4			R. [ ] U. [ ]					I. [ ] II. [ ]	

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

35. Nombre o Razón Social: PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS

36. Tipo documento de identidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [X]

37. Número documento de identidad: 901487700

DV: 6

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CL 7 A SUR # 13 - 79

BUGA

VALLE

3116069572

proarquiconstrucciones@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 09 / 12 / 2022

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

SALARIO: $1.000.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. NOVEDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SEXO: [ ] [ ]

FECHA NACIMIENTO:

42. FECHA (a partir de):

43. EPS ANTERIOR Código:

44. MOTIVO DE TRASLADO Código:

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ identificado(a) con _____ No _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

46 Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) y/o afiliado(s) dependen económicamente de mí. [ ]

47 Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]

48 Declaración de ausencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario. Anexo copia de la Denuncia. [ ]

49 Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra 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 y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley lo requieran. [ ]

52 Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]

53 Autorización para que la EPS envíe información de correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Javier URIBE

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio:

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad [ ] Total [ ]

57. Copia del certificado de la autoridad competente donde conste la dulzura competente [ ]

58. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública o 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 sociedad patrimonial, 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 y del acta de asignación de custodia [ ]

62. Documento original o copia auténtica de la partida o folio de nacimiento o documento idóneo expedido por autoridad competente donde conste el parentesco de los menores de edad con el cotizante [ ]

63. Copia de la orden judicial 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 los afiliados adicionales en la que conste la calidad de beneficiarios o el motivo de la afiliación de oficio [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]

67. Datos del SISBEN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]

68. Fecha de radicación:

69. Fecha de validación:

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad [ ]

Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

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

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

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

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

CÓDIGO:

FECHA DE LA SOLICITUD: 12 / 12 / 2022

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARANGO		JORGE	ARMANDO

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 71260458

9. SEXO: X

10. FECHA NACIMIENTO: 09 / 06 / 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Código

12. DISCAPACIDAD: Tipo / Condición

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: SURA ARL

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: PORVENIR

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: $1.000.000

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA 10 # 8 -23

ZONA: U. [X] R. [ ]

LOCALIDAD / COMUNA

BARRIO

CIUDAD / MUNICIPIO: GUACARI

DEPARTAMENTO: VALLE

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL: 3148757533

CORREO ELECTRÓNICO: proarquiconstrucciones@gmail.com

CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO

23. FECHA NACIMIENTO

CÓDIGO IPS

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

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

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS)	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.					I. II.	
2			R. U.					I. II.	
3			R. U.					I. II.	
4			R. U.					I. II.	

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

35. Nombre o Razón Social: PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS

36. Tipo documento de identidad: X

37. Número documento de identidad: 901487700

DV: 6

38. Tipo de Aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: CALLE 7 A SUR # 13 79

BUGA

VALLE

3116069572

proarquiconstrucciones@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 12 / 12 / 2022

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

SALARIO: $1.000.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ] Código [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADO: A) MISMO REGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRASLADO DE PROTECCIÓN AL DESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SEXO

FECHA NACIMIENTO

42. FECHA (a partir de)

43. EPS ANTERIOR Código

44. MOTIVO DE TRASLADO Código

45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

45 Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que ellos(as) Beneficiario(s) reportados(as) dependen económicamente de mi.

47 Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48 Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

49 Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

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 y del reporte de novedades a la Base de Datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley lo requieran.

52 Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus Beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la 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

Jorge Armando Arango

54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]

Cantidad [ ] Total [ ]

57. Copia del de cédula de ciudadanía ampliada 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 sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital

60. Copia del certificado de adopción o de la de entrega del menor

61. Copia de la orden judicial o del acta de custodia

62. Documento original o copia auténtica de la póliza de la parte pagada o el certificado de declaración de los pobres o la declaración juramentada de existencia de los(as) padres

63. Copia de la autorización del traslado del 2 julio 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 pensionado o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]

67. Datos del SISBEN: Número de ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ]

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad [ ]

Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901487700	6	PROARQUI CONSTRUCCIONES S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 7A SUR N° 13 - 79	GUADALAJARA DE BUGA-VALLE	3184565166	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-12	1797232943	9443263067	E	2022/12/02	2022/12/06	BANCOLOMBIA	4	$246,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$40,000			$1,000,000	$40,000			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$245,300
Centro de Trabajo: CENTRO DE TRABAJO 2 ADM (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$40,000			$1,000,000	$40,000			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$245,300
Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA Depto: VALLE (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$40,000			$1,000,000	$40,000			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$245,300
1	CC	1115074545	REYES NATHALIA																		23030 1	30	$1,000,000	$160,000	EPS018	30	$1,000,000	$40,000	CCF57	30	$1,000,000	$40,000	14-11	30	$1,000,000	0.522%	$5,300	30	$0	$0	SI	$245,300
Total			**Afiliados(1)**																				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$40,000			$1,000,000	$40,000			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$245,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901487700	6	PROARQUI CONSTRUCCIONES S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CALLE 7A SUR N° 13 - 79	GUADALAJARA DE BUGA-VALLE	3184565166	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-12	1797232943	9443263067	E	2022/12/02	2022/12/06	BANCOLOMBIA	4	$246,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$700	$0	$160,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$700	$0	$160,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$100	$0	$5,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$5,300	$100	$0	$5,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,000	$200	$0	$40,200
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	1	$40,000	$200	$0	$40,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,000	$200	$0	$40,200
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$40,000	$200	$0	$40,200
TOTAL				1	$245,300	$1,200	$0	$246,500

2022/12/14 08:58 AM

PROARQUI
CONSTRUCCIONES

CERTIFICADO PARAFISCALES

CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES – ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, CRISTIAN MICHEL GALVEZ, identificado con cedula de ciudadanía 1.144.069.650 de Cali, en mi condición de Representante Legal de **PROARQUI CONSTRUCCIONES SAS** identificada con Nit 901.487.700-6, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Buga certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante el último mes calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de nuestra propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (**ICBF**) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Yo, LUZ ADRIANA VALENCIA, identificado con 29.362.708, y con Tarjeta Profesional No. 146822T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de P**ROARQUI CONSTRUCCIONES SAS** identificada con Nit 901.487.700-6, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Buga, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante el último mes calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la propuesta para el presente proceso de selección, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos laborales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar familiar (**ICBF**) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Guadalajara de Buga, a los (14) catorce días del mes de diciembre de 2022

Atentamente,

Cristian M. Galvez
CC. 1.144.069.650
Representante Legal

Luz Adriana Valencia.
Luz Adriana Valencia
Tp 146822t
Revisor Fiscal O Contador

proarquiconstrucciones@gmail.com 3164