1 - 1513

Mala info. Mensual

CERTIFICACION DE VINCULACION DE TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD

(DECRETO 2250 DE 2017 – ARTICULO 383 ESTATUTO TRIBUTARIO; Mod. Art. 34 Ley 1943 de 2018)

FAVOR DILIGENCIAR A MANO POR QUIEN INFORMA

Yo, MANUEL SALVADOR OLAVA HENAO con documento de identificación No. 16.707.661 expedido en (lugar) Cali el (fecha de expedición) 30-03-1983.

INFORMO:

Que para efectos de la retención en la fuente, aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación de servicios personales, estoy vinculado mediante contrato de prestación de servicios con el municipio de Santiago de Cali, hasta el 30 (día) de 4 (mes) de 2019 (año), y que NO (X) SI ( ) tengo contratados o vinculados dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad desarrollada para el cumplimiento del objeto contractual.

Para constancia, se firma en la ciudad de Santiago de Cali a los (22) días del mes de (4) de (2019).

Anexo los siguientes certificados:

Certificado Bancario por intereses y corrección monetaria en virtud de préstamos para vivienda

Año Gravable _____ ..... SI [ ] NO [X]

Formato por dependientes y certificaciones ..... SI [ ] NO [X]

Certificado por Medicina Pre-pagada ..... SI [ ] NO [X]

Año Gravable _____

NOMBRE: MANUEL SALVADOR OLAVA HENAO

C.C: 16.707.661

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

NIT 800.251 440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación

111061882

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Codigo
A. Cotizante 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			
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
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

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

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo

Teléfono Celular	Correo Electrónico

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
	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
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condicion	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, CC, TI, PA, CE, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio - Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- 1. Modificación de datos básicos de identificación
- 2. Corrección de datos básicos de identificación
- 3. Duplicado del Documento de Identidad
- 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  - Código
- 6. Reinscripción en la EPS.
- 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- 10. Terminación de la relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 13. Movilidad
  - A. Régimen Contributivo
  - B. Régimen Subsidiado
- 14. Traslado.
  - A. Mismo Régimen
  - B. Diferente Regimen
- 15. Reporte de fallecimiento
- 16. Reporte del tramite de protección al cesante
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad 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 (CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				05/04/2014

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Regimen 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 condicion de beneficiarios.
- [x] 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 vigente 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.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad — TOTAL

- 56. Anexo copia del documento de identidad
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio, Código del Departamento)	67. Datos del SISBEN (Numero de ficha, Puntaje, Nivel)	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA SU VERIFICACIÓN

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
		ZULMA JANETH PARDO PENAGOS

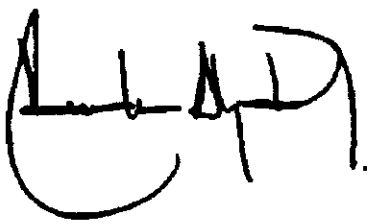
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MANUEL SALVADOR OLAYA HENAO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **16,707,661**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Marzo de 2019.



Gerente de Clientes

CONTRATO: 4162.010.26.1.1513 DE 2019

CONTRATANTE: MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI- SECRETARIA DEL DEPORTE Y RECREACION

OBJETO: Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades afines a los programas, planes y proyectos que adelanta la Secretaría del Deporte y la Recreación del Municipio de Santiago de Cali, en especial en la ejecución del proyecto denominado FORMACIÓN DEPORTIVA INICIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI con B.P. 05-044518.

PLAZO: HASTA EL 30 ABRIL DE 2019

SUPERVISOR: RUBEN DARIO MUÑOZ ABADIA

INFORME MENSUAL DE EJECUCION

ABRIL DE 2019

Se realizó en el mes de Abril las siguientes actividades:

- Brindé Apoyo al proceso de socialización y vinculación de los niños, adolescentes y jóvenes al programa DEPORVIDA en la comuna 1 en el escenario tory castro.

- Apoyé las actividades logísticas asignadas en el marco del proyecto Deporvida en la comuna 1 en el escenario tory castro

- Velé por el cuidado y buen uso de los implementos deportivos que se me asignaron para trabajar en la comuna 1 en el escenario tory castro.

- Asistí a reuniones convocadas por las Directivas del Programa y/o los representantes de la Comunidad; así como las capacitaciones y actividades programadas por el Equipo Técnico y/o Psicosocial.

- Brindé apoyo en las actividades operativas, logísticas o asistenciales de carácter misional de la Secretaria del Deporte y la Recreación en cumplimiento del objeto contractual.

- Apoyé con el cumplimiento de las actividades en el desarrollo del sistema de gestión de calidad, el sistema de gestión ambiental y el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

- Atendí las sugerencias que el municipio de Santiago de Cali - Secretaría del Deporte y la Recreación considere convenientes para la ejecución del objeto del contrato en el marco del proyecto de inversión denominado FORMACION DEPORTIVA INICIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI con B.P. 05-044518

ANEXO: Registro fotográfico de actividades realizadas.

MANUEL SALVADOR OLAYA HENAO
C.C 16.707.661
Contratista

GLORIA CAICEDO B.
Coordinadora

ANEXOS INFORME MENSUAL DE EJECUCION

REGISTRO FOTOGRAFICO

LUGAR	Unida recreativa Tory Castro



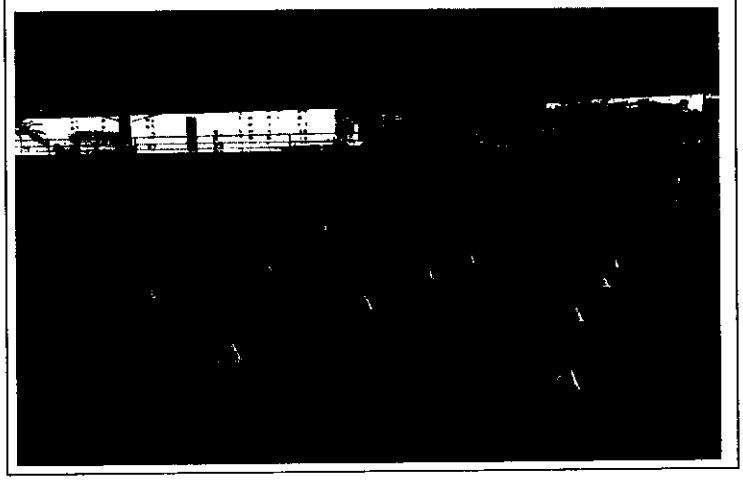
LUGAR	Escenario bajo aguacatal



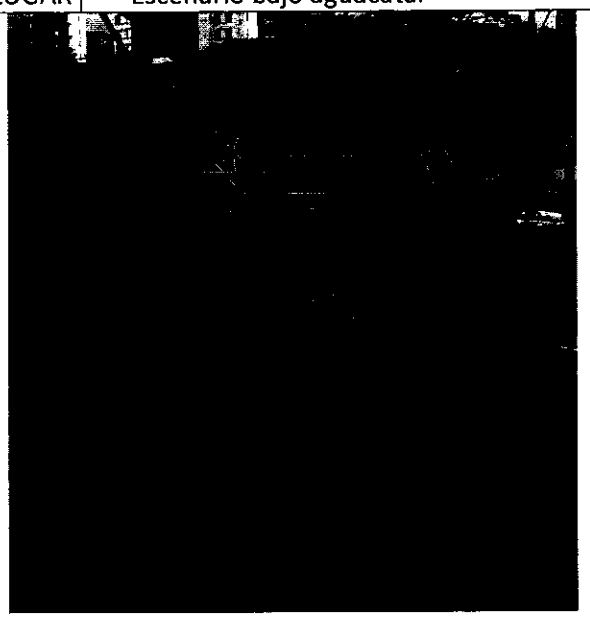
LUGAR	Unida recreativa Tory Castro



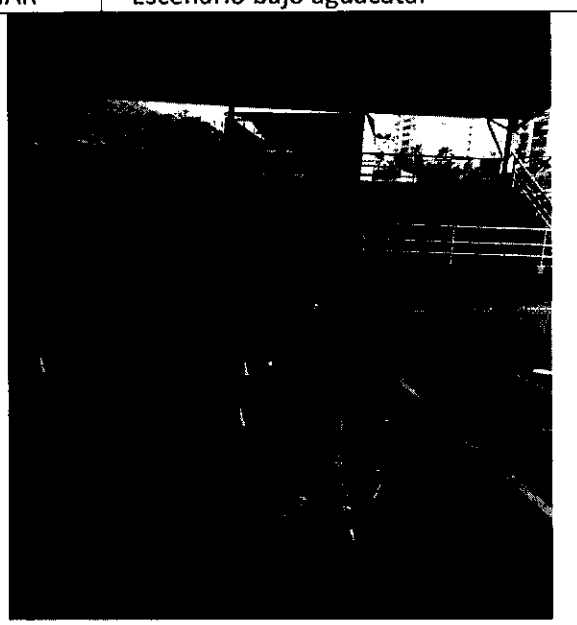
LUGAR	Escenario bajo aguacatal



LUGAR	Escenario bajo aguacatal



LUGAR	Escenario bajo aguacatal



MANUEL SALVADOR OLAYA HENAO
Contratista

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI GESTIÓN JURÍDICO ADMINISTRATIVA ADQUISICIÓN DE BIENES, OBRAS Y SERVICIOS	SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) **INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION PERSONA NATURAL**	MAJA01.02.02.18.P09.F04 VERSIÓN: 2 FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 04/mar/2019

1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número 1

2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato No. 4162.010.26.1. 1513 de 2019

Nombre completo del contratista: MANUEL SALVADOR OLAYA HENAO

Documento de identificación : 16.707.661

Nombre del Supervisor: RUBÉN DARÍO MUÑOZ ABADÍA

Organismo: Secretaría del Deporte y la Recreación

Objeto del contrato: Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades afines a los programas, planes y proyectos que adelanta la Secretaría del Deporte y la Recreación del Municipio de Santiago de Cali, en especial en la ejecución del proyecto denominado FORMACIÓN DEPORTIVA INICIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI con B.P. 05-044518

3. INFORME JURÍDICO

Fecha de Inicio	Fecha terminación
19/03/2019	30/04/2019

Modificación(es) al Contrato: N/A

Suspensión: N/A

Reanudación: N/A

Cesión: N/A

Terminación anticipada: N/A

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

4. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

Valor del contrato: Es hasta por la suma de DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.334.000)

Adición: N/A

Prórroga: N/A

Información para Retención en la fuente:

Para efectos de disminución de la base de retención en la fuente, anexo copia legible de los siguientes documentos:	SI	NO
• Recibo de consignación en mi cuenta de Apoyo al Fomento de la Construcción AFC del periodo de la cuota.		x
• Recibo de consignación en mi cuenta del Fondo de Pensiones voluntarias del periodo de la cuota.		x

Información:

Valor Total del Contrato	Valor Cuota a cancelar	Valor Acumulado Cancelado	Saldo por Cancelar
$ 2.334.000	$1.167.000	$0	$1.167.000.

Información del pago de seguridad social:

Obligación	Datos Certificación o Planilla de Pago
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: N/A No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: N/A Operador: N/A Fecha de Pago: N/A Periodo de pago de la seguridad social: N/A

Observaciones al informe financiero y contable: "se anexa certificado de afiliación de EPS y Pensión desde el día 4/4/2019

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

5. INFORME TÉCNICO

Concepto Supervisor:
Durante el desarrollo del contrato de prestación de servicios **No. 4162.010.26.1.1513** se pudo verificar que el contratista realizó las siguientes actividades en cumplimiento de sus obligaciones y objeto contractual.

Se realizó en el mes de abril las siguientes actividades en los escenarios deportivos de Santiago de Cali:

- Brindó Apoyo al proceso de socialización y vinculación de los niños, adolescentes y jóvenes al programa DEPORVIDA en la comuna 1 en el escenario tory castro.
- Apoyó las actividades logísticas asignadas en el marco del proyecto Deporvida en la comuna 1 en el escenario tory castro.
- Veló por el cuidado y buen uso de los implementos deportivos que se me asignaron para trabajar en la comuna 1 en el escenario tory castro.
- Asistió a reuniones convocadas por las Directivas del Programa y/o los representantes de la Comunidad; así como las capacitaciones y actividades programadas por el Equipo Técnico y/o Psicosocial.
- Brindó apoyo en las actividades operativas, logísticas o asistenciales de carácter misional de la Secretarla del Deporte y la Recreación en cumplimiento del objeto contractual.
- Apoyó con el cumplimiento de las actividades en el desarrollo del sistema de gestión de calidad, el sistema de gestión ambiental y el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.
- Atendió las sugerencias que el municipio de Santiago de Cali - Secretarla del Deporte y la Recreación considere convenientes para la ejecución del objeto del contrato en el marco del proyecto de inversión denominado FORMACION DEPORTIVA INICIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI con B.P. 05-044518

Recibo a Satisfacción de Servicios: N/A

Constancia de Paz y Salvo: N/A

Observaciones al informe técnico:

6. RECOMENDACIONES PARA EL CONTRATISTA

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

No se reportan recomendaciones para este periodo.

7. FIRMAS RESPONSABLES

RUBÉN DARÍO MUÑOZ ABADÍA
Nombre y firma del Supervisor

Nombre y firma del Apoyo a la Supervisión (Incluir cuando aplique)

Fecha de suscripción del informe de supervisión: Santiago de Cali, 22/04/2019

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del señor Alcalde.

DOCUMENTO EQUIVALENTE – REGIMEN SIMPLIFICADO
Art. 3 Decreto 522 de 2003

Dependencia: SECRETARIA DE DEPORTE Y RECREACION **No.** 4764

Fecha de la Transacción: 22 de abril de 2019

Nombre y/o Razón Social Adquiriente: MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI

Nit: 8903990113 **Dirección:** Torre Alcaldía Av. 2 N Cl 10 y 11 **No. Teléfono:** 5141190

Ciudad: Santiago de Cali

Nombre y/o Razón Social Beneficiario: MANUEL SALVADOR OLAYA HENAO

Cedula o Nit: 16.707.661 **Dirección Beneficiario:** CARRERA 22 a # 7-30 oeste

Teléfono: 3187717071 **Correo Electrónico**: 1manuelolaya@gmail.com **Ciudad**: Cali

INFORMACION CONTRACTUAL

Objeto del Contrato:

Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar actividades afines a los programas, planes y proyectos que adelanta la Secretaría del Deporte y la Recreación del Municipio de Santiago de Cali, en especial en la ejecución del proyecto denominado FORMACIÓN DEPORTIVA INICIAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI con B.P. 05-044518.

INFORMACION DETALLADA: VER FORMATO INFORME DEL SUPERVISOR.

No. RPC: 4500164977 **No. CDP:** 3500109131 **Vr. Contrato $** 2.334.000

Concepto: Cancelación cuota PRIMERA (1), Cuota según Contrato de Prestación de Servicios No. 4162.010.26.1.1513 de 2019 **Valor $:** 1.167.000

Son: UN MILLON CIENTO SESENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE

Manuel Olaya 16'707.661

Firma y cédula del beneficiario

Este documento es propiedad de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

VALE DE ENTRADA DE MERCANCÍAS Nº. 5000664357 Pág. 1

Fecha EM : 12.04.2019
Fecha actual : 12.04.2019

Centro : MCAL
Denominación : Municipio de Cali

Proveedor : 0300037358
Nombre : OLAYA HENAO MANUEL SALVADOR
Pedido : 4500164977
Texto Cabecera : 1RA CUOTA
Grp compras : 046 Deportes Teléfono :5414277

Pos	Material	Denominación	
0001	1000140	SERVICIOS TECNICOS	300037358
	P BP050445181010110		1 UN

Emisor FRANSANB F I R M A