Página 1 de 2 Código: 2BS-FR-0045	PROCESO ADQUIRIR BIENES Y SERVICIOS	
Fecha: 22-05-2015 Versión: 2	CONSTANCIA RECIBIDO A SATISFACCIÒN	POLICIA NACIONAL

CIUDAD Y FECHA:	Manizales, 08 de Julio de 2019
CONTRATO N°:	91-7-10022-19
CONTRATISTA:	TELECOMUNICACIONES WARRIOR S.A.S
OBJETO DEL CONTRATO:	SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CIRCUITO CERRADO DE TELEVISION Y VARAS LEVADIZAS DE LA ESCUELA DE CARABINEROS ALEJANDRO GUTIERREZ
VALOR DEL CONTRATO: $	Presupuesto oficial asignado a la Escuela de Carabineros Alejandro Gutiérrez $ 25.600.000
PLAZO DE EJECUCIÓN:	Del 04 de junio al 03 de Agosto de 2019
FECHA DE ENTREGA:	Del 04 de junio al 04 de Julio de 2019
DIAS DE ATRASO EN LA ENTREGA:	N/A
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO Y CARGO QUE DESEMPEÑA:	Intendente HAROL GONZALEZ VIDAL Oficina de Telemática ESAGU
VALOR CORRESPONDIENTE A ESTA ENTREGA	Quince millones trescientos sesenta mil pesos M/CTE $ 15.360.000 pesos
RECEPCION DE LOS BIENES:	Mediante acta de recepción de bienes #_____N/A_____ de fecha _____, el almacenista efectuó la recepción y verificación de los mismos.

INFORMACION ADICIONAL PARA CONTRATOS DE OBRA, INTERVENTORIA O CONSULTORIA
(Únicamente aplica para contratos de obra y/o interventoría)

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	N/A
PORCENTAJE DE AVANCE PARA EL PRESENTE CORTE Y ACUMULADO TOTAL DE AVANCE:	N/A
EN EL CORTE SE PRESENTARON MAYORES Y MENORES CANTIDADES DE OBRA:	NO___SI___(siendo aprobado el balance de mayores y menores por parte del ordenador del gasto de fecha:_____
EN EL PRESENTE CORTE SE PRESENTARON ÍTEMS NO PREVISTOS:	NO___ SI____(Autorizados mediante modificatorio y adicional N°.____ de fecha:_____

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: El CONTRATO DE MANTENIMIENTO A LAS CAMARAS SE VIENE CUMPLIENDO SIN INCONVENIENTES, A LA FECHA SE HA AVANZADO EN UN 60% DEL CONTRATO DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO NRO. 91-7-10022-19. POR LO ANTERIOR SE ENTREGA LA PRESENTE FACTURA PARA PAGO AL PROVEEDOR.

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
W-861	04/07/2019	$ 15.360.000	0	$ 15.360.000
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$ 15.360.000	0	$ 15.360.000

Intendente HAROL ALBERTO GONZALEZ VIDAL
Jefe Oficina de Telemática ESAGU

CODIGO: 2BS-FR-0019	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS	POLICIA NACIONAL
FECHA: 19-08-2015		
VERSION: 4	INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	

Manizales, 08 de Julio de 2019

No. **S-2019-003575 ESAGU**

Señora Coronel
SANDRA PATRICIA HERNANDEZ GARZON
Comandante de Policia Metropolitana de Manizales
Manizales

Asunto:Informe de supervision mes de Junio de 2019 , contrato 91-7-10022-19 Servicio Mantenimiento Preventivo y Correctivo Circuito cerrado de television y varas levadizas de la Escuela de Carabineros Alejandro Gutierrez

1. PRÓRROGA No.		2. ACLARATORIO No.	3. MODIFICATORIO No.	4. OTROS
INCIO:	TERMINO:	FECHA:	FECHA:	FECHA:

5. OBJETO	6. CONTRATISTA	7. PLAZO DE EJECUCION	BIENES Y/O SERVICIOS CONTRATADOS			RECIBIDO		PENDIENTE POR RECEPCION		15. OBSERVACIONES
			8. DESCRIPCION	9. CANTIDAD	10. VALOR	11. CANTIDAD	12. VALOR	13. CANTIDAD	14. VALOR	
Servicio Mantenimiento Preventivo y Correctivo Circuito cerrado de televisiony varas levadizas de la Escuela de Carabineros Alejandro Gutierrez	**TELECOMUNICACIONES WARRIOR S.A.S.**	**Vigencia 2019**	**Presupuesto asignado a la Escuela de Carabineros Alejandro Gutiérrez $ 25.600.000**	**2**	**$ 25.600.000,00**	**1**	**$ 15.360.000,00**	**1**	**10.240.000,00**	**En la fecha se presenta el informe, para pago mediante factura No. W-861 de fecha 04 07 2019 por valor de $ 15.360.000,00 pesos correspondiente al mes de Junio de 2019.**
		incio: 04/06/2019								
		termino: 03/08/2019								
									-	
									-	
									-	
		Adición:							-	
		Inicio							-	
		termino							-	
									-	
									-	
									-	
									-	
									-	
									-	
									-	
									-	
									-	
									-	
		VALOR TOTAL	**25.600.000,00**		**25.600.000,00**		**$ 15.360.000,00**		**10.240.000,00**	

16. El contratista cumplió con lo establecido con las cláusulas contractuales?		
	SI. X	17. Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes, descritos en el numeral 23. del presente formato.
	NO. ____	18. En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, diligenciar el numeral 19 del presente formato, para lo cual anexo comunicación oficial No_____ del _____, mediante la cual se informa al ordenador del gasto, el no cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.

CODIGO: 2BS-FR-0019 FECHA: 19-08-2015 VERSION: 4	PROCEDIMIENTO: ELABORACION, EJECUCION Y LIQUIDACION DE CONTRATOS INFORME SUPERVISORES SEGUIMIENTO CONTRACTUAL	POLICIA NACIONAL

19. RELACIÓN DE OBLIGACIONES INCUMPLIDAS

20. ÍTEM Y/O NUMERAL	21. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	22. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL INCUMPLIMIENTO.
	N/A	N/A

23. DOCUMENTOS TÈCNICOS OBLIGATORIOS ESTABLECIDOS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, INCLUYENDO LAS AMBIENTALES, DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL Y OTROS.

24. ÍTEM Y/O NUMERAL	25. DESCRIPCIÓN DE LA ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	26. OBSERVACIÓN Y SOPORTES QUE EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO.
11	Certificado de compromiso firmado por el representante legal frente al porte de carnet de ARL e identificacion de la empresa.	El oferente cumple en este item, anexando Planilla integrada de autoliquidacion de aportes
13	Certificado de compromiso firmado por el representante legal comprometiendose con entregar Examen pre ocupacional de los empleados.	el oferente cumple en este item, entregando copia del examen preocupacional del técnico encargado de realizar los mantenimientos en launidad.
15	Declaracion de Confidencialidad y compromiso con la seguridad de la informacion contratista o terceros.	el oferente cumple en este item, anexando formato 1DT-FR-0016 DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS O TERCEROS debidamente diligenciado.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES O PROFESIONALES

Para el caso de prestación de servicios personales o profesionales que afecten la conformidad del servicio: fecha en la cual le fue suministrada la inducción establecida _____ Con base en la inducción recibida, el contratista cumplió con el objeto contractual establecido SI ___ NO ___

Grado y Nombre del Supervisor Intendente HAROL ALBERTO GONZALEZ VIDAL
Cargo: Jefe Grupo Telematica ESAGU
Teléfonos: 3116326087
Anexos: Los relacionados en el ítem Nro. 26 del formato 2BS-FR-0019

Firma

TELECOMUNICACIONES WARRIOR S.A.S.

NIT : 900,222,608 - 5
CARRERA 85H #25C - 14
BOGOTA - COLOMBIA

FACTURA DE VENTA

W - 861

Cliente	POLICIA METROPOLITANA DE MANIZALES			**Fecha Factura**	
NIT	900,805,219 - 6	**Teléfono**	8982900	2019-07-04	
Dirección	CARRERA 25 #32-50	**Vendedor**	BOGOTA		
Ciudad	MANIZALES - COLOMBIA	**Centro Costo**	CARRERA 25 #32-50		
Correo	memaz.gruco@policia.gov.co	**Documento Cruce**	0		

Item	Detalle	UND	Cant	ValorUnitario	ValorTotal
1	EL SIGUIENTE VALOR CORRESPONDE AL AVANCE PARCIAL DEL 60% DEL CONTRATO No. 91-7-10022-19, CON OBJETO: "SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CIRCUITO CERRADO DE TELEVISIÓN Y VARAS LEVADIZAS DE LA ESCUELA DE CARABINEROS ALEJANDRO GUTIERREZ"	UN	1	12,907,563	12,907,563.03

Total Bruto	12,907,563.03
IVA	2,452,436.97
Total a Pagar	**$ 15,360,000.00**

CONDICION DE PAGO

Crédito Cliente 30 Días 15,360,000.00 Cuota 1 Vence el 2019-07-19

VALOR EN LETRAS

Quince Millones Trescientos Sesenta Mil Pesos M/Cte

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo

TELECOMUNICACIONES WARRIOR S.A.S.
NIT. 900.222.608-5
TEL. 8108004

Elaborado por

Firma Recibido

CONSIGNAR A LA CUENTA CORRIENTE BANCO FALABELLA No 106060022521 A NOMBRE DE TELECOMUNICACIONES WARRIOR SAS

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Autorización Número** 18762006742380 **aprobado en** 2018-02-02 **prefijo** W **desde el número** 1 **al** 4000
Regimen Común - Actividad Económica 4652 Tarifa 011.040

ORIGINAL

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900222608-5	telecomunicaciones warrior ltda		CRA 85H #25C-14	8108094	vicente.guerrero@telewarrior.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-07	2019-06	E	04/07/2019	35996089	$1.539.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	33.200	0		0		0	0	0	0	33.200	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	99.600	0		0		0	0	0	0	99.600	3
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	100.400	0		0		0	0	0	0	100.400	3

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	798.800	0	0	0	0	0	0		798.800	6
25-14	Colpensiones	900336004-7	132.500	0	0	0	0	0	0		132.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	142.100				142.100	0	0	142.100			1.421	142.100	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	233.200	0	0	233.200	7

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	233.200	233.200
Pensión	2	931.300	931.300
Riesgos Laborales	1	142.100	142.100
CCF	1	233.200	233.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	7	1.539.800	1.539.800

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900222606-5	telecomunicaciones warrior ltda		CRA 85H #25C-14	8109094	vicente.guerrero@telewarrior.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				7	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-07	2019-06	E	04/07/2019	35898089	$1.539.800	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
po	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ordenante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Suspensión temporal	INT	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIONES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días cot. Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
C	1015457792	SALDAÑA TOVAR JAHN MICHELL	1	0			S																	230301	850.000	136.000	0	0	0	0	EPS044	850.000	34.000	14-25	850.000	3	20.800	CCF24	850.000	34.000	0	0	0	0	0
C	1018474986	GUERRERO LEON JEIMY DANIELA	1	0			S																	230301	830.000	132.800	0	0	0	0	EPS017	830.000	33.200	14-25	830.000	3	20.300	CCF24	830.000	33.200	0	0	0	0	0
C	1022324361	SALCEDO SANDOVAL OSCAR JAVIER	1	0			S																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS044	828.116	33.200	14-25	828.116	3	20.200	CCF24	828.116	33.200	0	0	0	0	0
C	1073683748	CANO MANOCHA AYDA RUBBY	1	0			S																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS017	828.116	33.200	14-25	828.116	3	20.200	CCF24	828.116	33.200	0	0	0	0	0
C	1118539	GUERRERO CORTES MANUEL VICENTE	1	0			S																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS017	828.116	33.200	14-25	828.116	3	20.200	CCF24	828.116	33.200	0	0	0	0	0
C	11521266	CORTES MACIAS RODRIGO ANTONIO	1	0			S	X																230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS044	828.116	33.200	14-25	828.116	3	20.200	CCF24	828.116	33.200	0	0	0	0	0
C	28794277	GUERRERO HERNANDEZ LUZ MAR	1	0			S																	25-14	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS008	828.116	33.200	14-25	828.116	3	20.200	CCF24	828.116	33.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

TELEWARRIOR

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES A LOS SISTEMAS DE SALUD, PENSIONES, ARL Y OBLIGACIONES PARAFISCALES

CIUDAD	DIA	MES	AÑO
BOGOTÁ	02	07	2019

Señores:
POLICÍA METROPOLITANA DE MANIZALES

Contrato: 91-7-10022-19

OBJETO: **"SERVICIO MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO CIRCUITO CERRADO DE TELEVISIÓN Y VARAS LEVADIZAS DE LA ESCUELA DE CARABINEROS ALEJANDRO GUTIERREZ."**

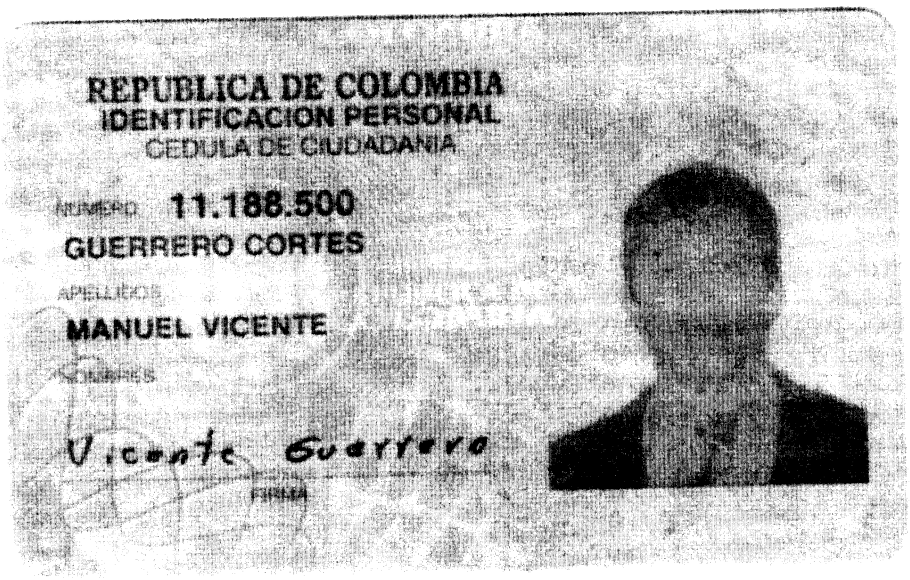
Yo, Manuel Vicente Guerrero Cortés, identificado con cedula de ciudadanía Nro. 11.188.500 de Bogotá, obrando en calidad de Representante legal de la empresa Telecomunicaciones Warrior SAS con NIT 900.222.608-5 manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Que hemos cumplido con las obligaciones a los sistemas de salud, pensiones, ARL y obligaciones parafiscales señaladas en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y que a la fecha nos encontramos a Paz y Salvo por estos conceptos y nos comprometemos a que durante la vigencia del contrato que se llegue a celebrar haremos los aportes que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la Ley.

Cordialmente,

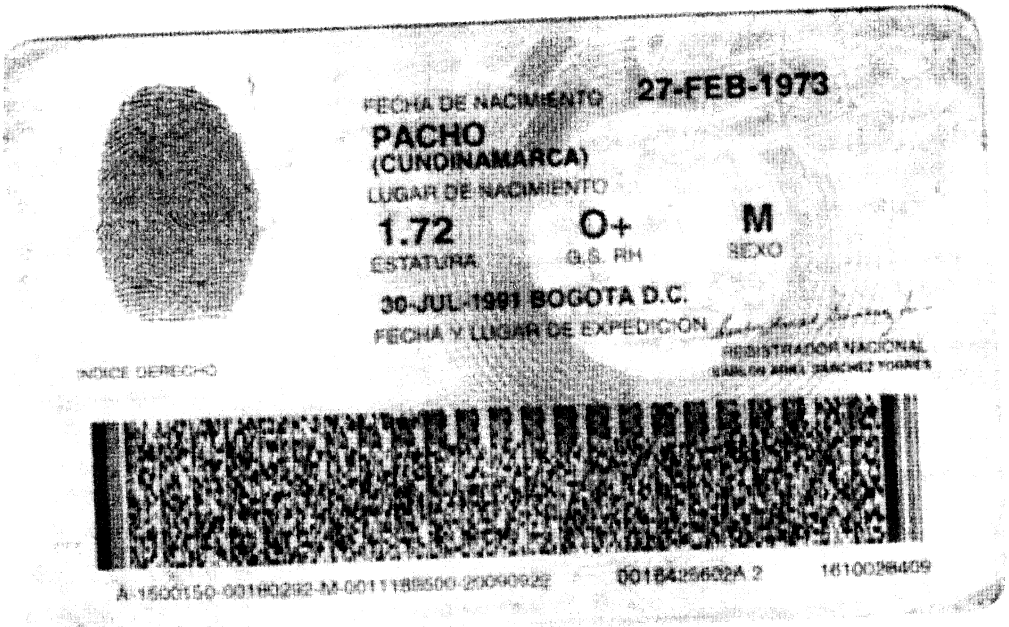
Vicente Guerrero

MANUEL VICENTE GUERRERO CORTÉS
CC 11.188.500 de Bogotá
TELECOMUNICACIONES WARRIOR SAS
Carrera 85H #25C-14
NIT: 900.222.608-5 Régimen Común
Teléfono 8108094 - 3144921877
Correo Electrónico vicente.guerrero@telewarrior.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.188.500
GUERRERO CORTES
APELLIDOS
MANUEL VICENTE
NOMBRES
Vicente Guerrero
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-1973
PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-JUL-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-1500150-00180282-M-0011188500-20000922 0018428602A 2 1610026409

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, William Giovanny Rodriguez Identificado con la cedula de ciudadanía No. 1052[illegible]604, con domicilio en Pacho (Cundi), de la empresa Telewarrior, cargo tecnico, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Manizales, a los 05 (_) días del mes de Julio del año 2019.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma: William Rodriguez
Post-Firma:
Identificación 1152869 pacho
Empresa: Tecnico
Cargo: Edificador

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Rodrigo Antonio Cortés Macias Identificado con la cedula de ciudadanía No. 1032276[illegible], Bogotá con domicilio en Cll 14 # 2003 Rocha, de la empresa Telewarrior, cargo Tecnico Comunicaciones, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____convenio _____ acuerdo_____ No._____ *del* _____, me *comprometo* a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.

- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Manizales, a los cinco (5) días del mes de julio del año 2019.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma:
Post-Firma: Rodrigo Cortés
Identificación 1152726[illegible]
Empresa: TELEVISION
Cargo: Tecnico comunicaciones

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	93523
RAZON SOCIAL	TELECOMUNICACIONES WARRIOR LTDA
IDENTIFICACION:	NI 900222608

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
65803646	2019-6-6	CC 11523265
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
CORTES MACIAS	RODRIGO ANTONIO	1980-9-4
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CALLE 13 No 20-03	PACHO	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA D.C. Bogota D. C.	lorodrigocortes_80@outlook.com	3105657
Celular	**Sexo**	
3105657703	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
TECNICO EN COMUNICACIONES	*$828.116.00*	Medimas E.P.S. S.A.
AFP	**Sede**	
Porvenir	PRINCIPAL	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
2.436	3	28
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2019-6-6	JORNADA UNICA	

Las transacciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del código de Comercio y por la ley 527 de 1999, sobre el uso de mensajes de datos.

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) **RODRIGO ANTONIO CORTES MACIAS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **11,523,265**, 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 07 días del mes de Junio de 2019.

Gerente de Clientes

Formato de inscripción, Adición y Modificación del Trabajador y Grupo Familiar.

Marque con una X y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso.

X Servicios ☐ Subsidio

X Inscripción del trabajador y familia ☐ a. Traslado ☐ b. Reintegro SI ☐ NO ☐

☐ Adición de beneficiarios a cargo del trabajador ya inscrito

☐ c. Modificación de información

En el mismo mes

Indique última fecha de retiro

ISO 9001 IQNet compensar

1. Datos del trabajador

Tipo y número de identificación: C.C. X T.I. C.E. P.A. — 11 523 265

Sexo: M X F

Estado civil: Casado(a) ☐ Soltero(a) X Unión libre ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐

Uso exclusivo de Compensar: RIN RIN RIN RIN RIN RIN RIN — Causal no aceptación

Primer apellido: CORTES — Segundo apellido: MACIAS

Nombres: RODRIGO ANTONIO — Fecha de nacimiento (AAAAMMDD): 1980 09 04 — Teléfono residencia: —

Dirección residencia: CALLE 13 # 20-03 — Teléfono 2 o de oficina: 8108094 — Extensión:

Email: lorodrigocortes_80@outlook.com — Celular: 3105657703

Cónyuge: PACHO — Fecha ingreso a la empresa (AAAAMMDD): 2019 06 01 — Horario laboral: 192 — Cargo: TECNICO — Sueldo básico mensual: $828116

En caso de cambio en el N° de identificación escriba el anterior

2. Datos del empleador

Tipo de afiliación empresa: Normal X; Convenio ☐; Facultativo ☐; Ley primer empleo ☐; Mipyme ☐; Otro ¿Cuál? ☐

Nombre o razón social: TELEWARRIOR — Teléfono: 8108094

Nit C.C. o C.E.: 900 222 608-5 — Dependencia: — Centro de costo: —

Empresa con que trabaja simultáneamente: — Sueldo básico mensual: —

3. Datos del cónyuge o compañero(a) permanente

Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. P.A.

Adición ☐ Retiro ☐

Primer apellido — Segundo apellido — Nombres

Fecha de nacimiento (AAAAMMDD) — Empresa donde trabaja o actividad económica — Caja de Compensación a la cual está afiliado(a) — Sueldo básico mensual — Recibe subsidio SI ☐ NO ☐

En caso de corrección de Cédula de Ciudadanía, ó cambio de Tarjeta de Identidad escriba el número anterior o errado

4. Datos de los beneficiarios (padres, hijos o hermanos)

4.1 Fecha de nacimiento (AAAAMMDD) — Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. P.A. NUIP

Adición ☐ Retiro ☐

Primer apellido — Segundo apellido — Nombres

Parentesco: Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ — Edad — Sexo: M F

Uso exclusivo de Compensar: RIN RIN RIN RIN RIN RIN RIN — Causal no aceptación — Clase — Discapa.

Nombre — C.C.

4.2 Fecha de nacimiento (AAAAMMDD) — Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. P.A. NUIP

Adición ☐ Retiro ☐

Primer apellido — Segundo apellido — Nombres

Parentesco: Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ — Edad — Sexo: M F

Uso exclusivo de Compensar: RIN RIN RIN RIN RIN RIN RIN — Causal no aceptación — Clase — Discapa.

Nombre — C.C.

4.3 Fecha de nacimiento (AAAAMMDD) — Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. P.A. NUIP

Adición ☐ Retiro ☐

Primer apellido — Segundo apellido — Nombres

Parentesco: Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ — Edad — Sexo: M F

Uso exclusivo de Compensar: RIN RIN RIN RIN RIN RIN RIN — Causal no aceptación — Clase — Discapa.

Nombre — C.C.

4.4 Fecha de nacimiento (AAAAMMDD) — Tipo y número de identificación: C.C. T.I. C.E. P.A. NUIP

Adición ☐ Retiro ☐

Primer apellido — Segundo apellido — Nombres

Parentesco: Hijo ☐ Padre ☐ Hermano ☐ — Edad — Sexo: M F

Uso exclusivo de Compensar: RIN RIN RIN RIN RIN RIN RIN — Causal no aceptación — Clase — Discapa.

Nombre — C.C.

En caso de ser padre perteneciente, afiliado a otra Caja o estar trabajando escriba la entidad pensionadora, nombre de la Caja o empresa donde labora:

Para estar informados de los servicios ofrecidos por la Caja de Compensación Familiar, recibir, acceder, consultar información comercial, publicitaria y promocional sobre sus servicios, nuevos afiliados o convenios, eventos y/o promociones, así como de los impresos, textos, libros, revistas, boletines y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios sociales de la Caja de Compensación.

Mercadeo: SI X NO ☐

Autorizo a Compensar el envío de información a través de: Celular mensajes de texto ☐ Correo electrónico X

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información es veraz y corresponde a la verdad. Compensar y autorizo de manera previa, expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en la Ley 1581 de protección de datos personales, según lo enunciado al pie de este documento; y que conozco la política de tratamiento de la información de Compensar incluido el mecanismo de este formulario.

Firma del trabajador (a): — Huella y sello (si aplica)

C.C. T.I. P.A. o C.E. N°: 11 523 265

Observaciones:

Para uso exclusivo de Compensar - Número de documentos anexados

SUJETO A VERIFICACIÓN 06 JUN 2019

SANDY LORENA PARADA GONZALEZ

VIGILADO Supersubsidio

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

Número Único de Afiliación | Fecha de Radicación: 06 10 17

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario 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 [X] 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			
Primer apellido: CORTES	Segundo apellido: MACIAS	Primer nombre: ROGER	Segundo nombre: ANTONIO
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1152326[illegible]5	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento: 04 10 91

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:	12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]	13. Puntaje SISBEN:	14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones: PORVENIR		17. Ingreso base de cotización - IBC: 828116
18. Residencia: Dirección: Calle 13 20-03	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3105637[illegible]08	Correo electrónico: lo rodriguezcalle3_8@
Municipio/Distrito: IBAGUE	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna:	Departamento: CUNDINAMARCA

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: 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	Tipo: F	Tipo: N	Condición: M	Condición: I	Condición: P
1							
2							
3							
4							
5							

	31. 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)
1						
2						
3						
4						
5						

Selección de la IPS Primaria

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

34. Nombre o razón social	35. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Ubicación: Cra 95 H 25 C 14	NIT	900122608	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
	3147921977		BOGOTA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

[illegible]

- [ ] A. Empleado Cotizante
- [ ] B. Independiente
- [ ] C. Pensionado
- [ ] D. Desempleado Régimen

[illegible]

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 del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 01 04 2019

43. EPS anterior | 44. Motivo de Traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

RADICADO

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 08 JUN 2019
- [ ] 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades 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 mediante mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, operador de información o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	TA	CE	CD	PA	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. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 en cobro 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 SISBÉN — Número 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 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.

Ten encuenta los siguientes

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para