ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código	GCON-F01
	Formato	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCE DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	Versión	01

Contrato No.	Contrato de Prestación de Servicios No. 122 de 2019		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	INVERSIONES TRANS SABANA S.A.S. IDENTIFICADA CON NIT No. 900.512.082-6		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	JUAN CARLOS BORDA RIVAS	**Teléfono / Extensión**	4322760 Ext. 1753
Dependencia	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
Objeto del Contrato	Prestación del servicio público de transporte terrestre automotor especial para el desplazamiento de los funcionarios y contratistas de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.		
Fecha de Inicio	4/06/2019	**Fecha de Terminación**	31/12/2019

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	4/06/2019	**Hasta**	30/06/2019
Adición y/o Prórroga	NO APLICA			
Suspensión	NO APLICA			
Cesión	NO APLICA			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES[1]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
OBLIGACIONES ESPECIFICAS				
1	Cumplir cabalmente con el objeto contratado, de acuerdo con las obligaciones contenidas en los estudios previos, los pliegos de condiciones y el Anexo No. 1 "Ficha Técnica", la cual hace parte del presente contrato.	Durante el periodo 4 al 30 de junio de 2019 se cumplió a cabalidad con el objeto del contrato y las especificaciones técnicas del mismo.	Informe de cumplimiento de obligaciones del mes de junio de 2019	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
2	Prestar el servicio de transporte especial con el fin de transportar desde la ADRES, hasta los destinos requeridos por la Entidad y viceversa, previa solicitud del supervisor del contrato.	Se ha efectuado la prestación del servicio de conformidad con los requerimientos técnicos	Planillas de prestación de servicios	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
3	Garantizar que el personal que prestará el servicio cuente con: i) licencia de conducción vigente y en la categoría requerida para este servicio (categoría C2), ii) paz y salvo de infracciones expedido por la autoridad correspondiente. iii) experiencia mínima de dos (2) años como conductor. iv) uniforme. Dichos requisitos serán verificados por el supervisor del contrato, para lo cual el contratista presentará las hojas de vida de los conductores, junto con los soportes que acrediten los requisitos antes mencionados, al momento de la suscripción del acta de inicio.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 se entregó de cada uno de los conductores de las placas de vehículos EQP206 – WOS264 y WPO241 y de relevo el vehículo placas WNU950 con la documentación pertinente. Se anexa acuerdo de pago del señor Cesar Mauricio Herrera, y consultas de Oscar Suarez y Luis Eduardo Rodriguez, encontrándose a paz y salvo.	Correo electrónico y documentos en PDF.	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
4	Responder ante terceros por daños o accidentes ocurridos con ocasión de la prestación del servicio.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 no se presentaron daños a terceros	NO aplica	No se registra novedad alguna

SUJETO A VERIFICACIÓN
Hora: _____
18 JUL 2019
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
ADRES

Radicado No: E11770180719042445E0D0028702000
DEST: 11770 GEST FIN INT REM: ANDRES FERNA
ADRES 2019-07-18 04:24 Fol: 37 Anex: 0 Desc Anex:

5	Abstenerse de transportar personal ajeno a la Entidad y movilizarse hacia lugares no solicitados por el supervisor del contrato. Los vehículos solo pueden ser utilizados con fines institucionales.	Los recorridos se hacen de conformidad con los lineamientos impartidos por la supervisión del contrato.	Planillas de prestación de servicios.	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación.
6	Garantizar que el día de restricción vehicular, se preste el servicio con el 100% de los vehículos ofertados. En caso de fallas mecánicas o cualquier otro incidente durante la ejecución de la programación establecida, que impida la prestación del servicio en el vehículo asignado a su destino, el contratista deberá garantizar el relevo por otro vehículo en un término no mayor a dos (2) horas desde que se efectúe el requerimiento, para el cumplimiento del recorrido programado.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 se garantizó la prestación del servicio de forma continua e ininterrumpida, el día de restricción vehicular con el relevo el vehículo placas WNU950.	Se anexa copia de las planillas de prestación de servicios del mes de junio de 2019	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
7	Acatar todas las recomendaciones y sugerencias que el supervisor del contrato formule para la correcta prestación del servicio.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 se acataron las recomendaciones del Supervisor del contrato, garantizando la correcta prestación del servicio.	Correos electronicos	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
8	Mantener los vehículos en perfectas condiciones para el cumplimiento del objeto del contrato, con el lleno de los requisitos exigidos por el Ministerio de Transporte y las autoridades competentes.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 se los vehículos destinados a la prestación del servicio se encuentran en condiciones óptimas de funcionamiento y con el lleno de los requisitos exigidos para la prestación del servicio. Para el inicio del contrato se allegaron revisiones técnico mecánicas vigentes.	Revisiones técnico-mecánicas de los vehículos destinados para el servicio	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
9	Efectuar todos y cada uno de los recorridos programados y asignados por el supervisor del contrato, transportando únicamente el personal asignado.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 los recorridos se hacen de conformidad con los lineamientos impartidos por la supervisión del contrato.	Se anexa copia de las planillas de prestación de servicios del mes de junio de 2019	A través de Wasap el supervisor del contrato remite ordenes de los recorridos a los conductores.
10	Proporcionar los vehículos con las características técnicas detalladas en los pliegos de condiciones, los cuales deberán estar en perfectas condiciones de mantenimiento y mecánica. La prestación del servicio conlleva por parte del contratista la obligación de pagar todos los gastos que el servicio implique, tales como parqueaderos (en las instalaciones de la Entidad), multas de tránsito, impuestos gasolina, peajes y mantenimiento de los vehículos en general.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 los vehículos destinados a la prestación del servicio cumplen con las condiciones técnicas requeridas por la Entidad. La empresa asume todos los costos inherentes a la prestación del servicio.	Se anexo recibo de pago de parqueadero.	Se debe anexar copia de las planillas de consumo de combustible.
11	Cumplir con las condiciones y requisitos establecidos en el Decreto 348 de 2015 y en las demás normas que reglamenten la prestación del servicio de transporte terrestre automotor especial.	La empresa cumple con la reglamentación para la prestación del servicio público de transporte terrestre automotor.	Certificación de condiciones y requisitos establecidos en el Decreto 348 de 2015	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
12	Portar el Formato Único de Extracto de Contrato, conforme a lo establecido en la Resolución Número 0001069 de 2015.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 los vehículos portaron el extracto de contrato.	Se anexan copias de los extractos de contrato de cada uno de los vehículos	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
13	Prestar el servicio de transporte en las veinte (20) localidades de Bogotá D.C. en sus zonas urbanas y rurales incluyendo los municipios aledaños al Distrito Capital.	El servicio se presta en la ciudad de Bogotá, y municipios aledaños, de conformidad con el las ordenes impartidas por la supervisión del contrato	Planillas de uso	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
14	Portar los conductores la tarjeta de operación original de los vehículos de Transporte Terrestre Automotor Especial ofertados.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 los conductores portaron en el vehículo la tarjeta de operación del mismo.	Para el inicio del contrato se allegaron las Tarjetas de operación de los vehículos	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
15	Practicar controles de uso de sustancias psicoactivas a todos los conductores de la empresa, al menos una vez al mes. La empresa realizará los controles directamente o a través de empresas que presten el servicio, haciendo uso de dispositivos y procedimientos homologados para ello de	La empresa realizó el análisis de alcoholemia de fecha 17/06/2019 para Oscar Suarez y Cesar M Herrera análisis de alcoholemia de fecha 17/06/2019 para Oscar Suarez y Cesar M Herrera, y de fecha 28 de junio al señor Gonzalo Alfaro fecha 28/06/2019.	Constancia de prueba de alcoholemia	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación

	conformidad con el artículo 41 del Decreto 431 de 2017, y reportar a la Superintendencia de Puertos y Transporte, todo resultado positivo para la imposición de las sanciones correspondientes, sin perjuicio del proceso disciplinario interno correspondiente con arreglo al reglamento de trabajo, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 431 de 2017, esto sin perjuicio de que sea informado al supervisor del contrato.			
16	Entregar al supervisor del contrato los exámenes actualizados de optometría y audiometría efectuados por una entidad autorizada de cada uno de los conductores asignados.	Al inicio del contrato se allegaron exámenes realizados por el Centro de Diagnóstico y Tratamiento Cendiatra para los cuatro conductores asignados a la prestación del servicio	Certificación de exámenes del Centro de Diagnóstico	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
17	Mantener Vigente durante toda la ejecución del contrato y (6) seis meses más la póliza de responsabilidad civil extracontractual conforme lo establecen los artículos 994 y 1003 del Código de Comercio, y en los términos del artículo 2.2.1.6.5.1. del Decreto 1079 de 2015.	Para el periodo del 4 al 30 de junio de 2019 se mantienen actualizadas las pólizas de Responsabilidad Civil, vigentes con fecha de 21 de agosto de 2019.	Pólizas de responsabilidad civil No.10100033 del 9 de abril de 2019	Tener en cuenta la renovación de las Pólizas de Responsabilidad Civil que tiene vencimiento en el mes de agosto de 2019.
18	Presentar al momento de suscripción del acta de inicio, las tarjetas de propiedad y/o contrato de administración de flota de los vehículos por medio de los cuales la empresa prestará el servicio durante la vigencia del contrato. Parágrafo: Cuando el vehículo haya sido adquirido mediante arrendamiento financiero o leasing, el contrato de administración de flota debe suscribirse entre la empresa y el poseedor del vehículo o locatario previa autorización del representante legal de la compañía financiera con quien se celebre la operación de leasing.	Se suscripción del acta de inicio con fecha de 4 de junio de 2019 y se adjuntó toda la documentación de los vehículos asignados a la prestación del servicio, allegaron: Licencias de Transito, Tarjeta de Operación, SOAT, Revisión Técnico-Mecánica y de Emisiones Contaminantes, Certificado de Póliza de Responsabilidad Civil contractual y extracontractual	Acta de inicio del contrato en PDF	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación
19	Entregar al momento de la suscripción del acta de inicio, los programas de capacitación desarrollados a los conductores, a través del SENA o cualquier otra institución especializada, cuyos contenidos sean aprobados por el Ministerio de Transporte y dirigidos a los conductores de los vehículos.	Los conductores asignados realizaron curso de manejo defensivo el dia 6 de junio de 2019	Certificados de capacitación	No se evidencian hechos contrarios al cumplimiento de la obligación

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Firma del Contratista
Fecha: 15/07/2019

BALANCE ECONÓMICO

Vigencia	Valor Total Contrato (Inicial)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
2.019	$ 151.350.675,00	$ -	$ 18.427.035,00	$ -	$ 132.923.640,00

Por lo anterior, la ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TREINTA Y CINCO PESOS MCTE ($18.427.035,00), pago factura No. 00002937 del 3 de julio de 2019.

APORTES PARAFISCALES					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	35588137	$ 1.134.700	1/06/2019	30/06/2019	21/06/2019
Pensión	35588137	$ 4.573.300	1/05/2019	30/05/2019	21/06/2019
ARL	35588137	$ 869.300	1/06/2019	30/06/2019	21/06/2019

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas:

NO APLICA

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló el objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato. Si bien es cierto se presentaron alertas y observaciones, estas no afectaron la prestación del servicio, y el contratista pudo aclarar y justificar de forma satisfactoria cada una de ellas, no encontrando esta supervisión hechos de incumplimiento
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

OBSERVACIONES	No aplica
ANEXOS	1. Certificación de comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista de fecha 3 de julio de 2019 suscrito por el Representante legal. 2. Copia Planilla (PILA) No. 35588137, Aporte Salud de junio de 2019 y Pensión de mayo de 2019. 3. Factura No. 00002937 del 3 de julio de 2019

En constancia, firmó:

JUAN CARLOS BORDA RIVAS
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 15/07/2019

INVERSIONES TRANS SABANA S.A.S

Actividad Económica 4923-4921
Tarifa ICA 4.14 x 1000
No somos Autoretenedores
No somos Grandes Contribuyentes

Nit. 900.512.082-6
Régimen Común

RESOLUCION DIAN No.18762005696685
Fecha 2017-11-16 Autoriza No.2001 al 3000

FACTURA DE VENTA No. 00002937

Señores	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GRAL DE SEGURIDAD			**Fecha Factura**	3 7 2019
				Fecha Vencimiento	3 7 2019
Dirección	AC 26 No 69 76 ED.	**Ciudad**	BOGOTÁ	**Vendedor**	
Orden Compra	**NIT** 901,037,916 1	**Tel.**	4322760	**Forma de Pago**	

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
1	SERVICIO TRANSPORTE PASAJEROS / 16 HORAS / PLACA: EQP206	6,633,090
2	SERVICIO TRANSPORTE PASAJEROS / 14 HORAS / PLACAS: WPO241-WOS264	12,322,283
1	SERVICIO DE PASAJEROS TIPO VAN / FECHA: 13 DE JUNIO // 2 HORAS	140,000

	SUB-TOTAL	19,095,373
	RETENCION	668,338
	IVA	0
	VALOR TOTAL	**18,427,035**

SON DIECIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TREINTA Y CINCO PESOS

TRANSPORTADOR	PLACAS	REMISIONES
REVISO TransSabana NIT. 900.512.082-6	RECIBI CONFORME	C.C. ó NIT

La presente Factura de Venta se asimila en todos sus efectos a una Letra de Cambio según los Art.774 y 780 del Código de Comercio, por lo tanto causará intereses de Mora a la tasa Máxima certificada por la Superintendencia Bancaria a partir de su Vencimiento.

FAVOR CONSIGNAR CTA CTE: BANCOLOMBIA 69417934818 - BANCO DE BOGOTA 191013721 - BBVA 817000995

TV 76D 82C 04 TEL 7034135 - 320 802 1052 - BOGOTÁ D.C.

CERTIFICACION DE PAGO DE APORTES PARAFISCALES Y SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo ANDRES FERNANDO DUARTE ORTIZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.628.542, expedida en Bogotá, en mi calidad de Representante Legal, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa INVERSIONES TRANS SABANA S.A.S, con NIT No. 900.512.0826, ha cumplido durante los últimos seis (6) meses* anteriores, con las obligaciones provenientes del Sistema de Salud*, Riesgos Laborales*, Pensiones*, y Aportes a las Caja de Compensación Familiar*, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)* y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)*.

La anterior certificación, se expide a los 4 días del mes de julio del año 2019, para efectos de dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley789 de 2002.

La empresa a la fecha se encuentra a Paz y Salvo por estos conceptos.

Atentamente,

ANDRES FERNANDO DUARTE ORTIZ
CC No 79.628.542 de Bogotá
Representante legal

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9005796075

No. de Radicación: 17872966

Fecha de Radicación: 04 | 06 | 2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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
	ALFARO	GOMEZ	GONZALO	ALBERTO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	19415551	Femenino [ ] Masculino [X]	D 09 M 08 A 1958

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$828.116	Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

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

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INVERSIONES TRANS SABANA SAS	NIT	900512082	

39. Ubicación				
CL 87 69T 95 TRR 1 APTO 902	6400173	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 04 M 06 A 2019

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o su Excepción [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios [ ]
49. Declaración de no afiliación 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 sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que decrete 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 y el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: CONDUCTOR DE CAMION

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

INTERNET

Cambio Tipo Trabajador - Independiente a Dependiente

05/2019

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

No. de Radicación	Fecha de Radicación

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

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

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de Afiliación	Código
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: Herrera	Segundo apellido: Coca	Primer nombre: Cesar	Segundo nombre: Mauricio

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	7956289 7	Femenino ☐ Masculino ☒	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14.
	Tipo ☐☐☐ Condición ☐☐		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Liberty	Colpensiones	828116

18. Residencia			
Dirección: Cra 69 N 18-44	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3112368008	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Bogotá	Zona: Urbana ☒ 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	10. 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 E	N	M	T	P
B1				☐	☐	☐	☐
B2				☐	☐	☐	☐
B3				☐	☐	☐	☐
B4				☐	☐	☐	☐
B5				☐	☐	☐	☐

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

RADICADO 26 2019
Fecha 04 - 06
Código asesor: 4
...contacto con ... afiliarse al SGSSS.
...ción
Afiliación

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 06 251 7065 *

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres				
Primer Apellido: Garcia	Segundo Apellido: Jaramillo	Primer Nombre: Cesar	Segundo Nombre	
7. Tipo de documento de identidad: C	8. Número del documento de identidad: 80492701	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento: D 07 M 09 A 1 A A	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Liberty	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
2'611.611	Dirección: Cll 23 G # 102 47		Teléfono fijo	Teléfono celular: 3106896095	
Correo electrónico	Municipio / Distrito: Bogotá	Zona: Urbana ☒ 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: 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	Orozco Suarez	Sepulveda Orozco	Maria Juan	Elena Gabriel
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1	CC	39549187	X		D D M M A A A A	Cónyuge	
B2	TI	1016003093		X	D D M M A A A A	Hijo	
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensione (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	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. 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 adquisicion de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

Famisanar

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

RECIBIDO PARA ESTUDIO

FECHA

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	42. Fecha novedad: D 0 6 M 0 2 A 2 0 1 9

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado: Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

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

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

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

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

6. Apellidos y nombres			
RODRIGUEZ	CONTRERAS	YESIKA	EDUARDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento
C	79 134 446		✓	23 11 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				LIBERTY	COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
923.116	CALLE 23 G # 117 - 40				3107996650
hsistemas@compensar.com	BOGOTA	Zona Urbana ✓	Rural		CONDINA MARCA

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 de documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre				
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	T	P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Selección de la IPS Primaria

Cot.	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
8		
B		
B		

V. DATOS DE 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 de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y 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
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			

Tipo de documento de identidad	Número de documento de Identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones 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.

ADICADO

VIII. FIRMAS

Fecha	
Código de la Operación	

SGSSS

IX. ANEXOS

55. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CD ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total ☐
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
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.

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	900512082-6	Inversiones trans sabana sas		TV 76 D # 82 C 04	7034135	transsabana@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	D – Ley 1429			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
					29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-06	2019-05	E		35588137	$7.696.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el Exterior	Departamento	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016004789	BAQUERO JOSE RODOLFO	1	0			5																	25-14	930.000	148.800	0	0	0	0	EPS017	828.900	37.200	14-15	930.000	4	40.500	CCF24	930.000	37.200	0	0	0	0	0
2	CC	1019059477	CASTAÑEDA HENAO JULIETH PAOLA	1	0			5																	230201	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS017	1.000.000	40.000	14-15	1.000.000	1	5.300	CCF24	1.000.000	40.000	0	0	0	0	0
3	CC	1031120582	ABRIL RIOS MARTHA LORENA	1	0			5																	25-14	1.130.000	180.800	0	0	0	0	EPS008	1.130.000	45.200	14-15	1.130.000	1	5.900	CCF24	1.130.000	45.200	0	0	0	0	0
4	CC	1032458381	DUARTE MEDINA MONICA JOHANNA	1	0			5																	25-14	950.000	152.000	0	0	0	0	EPS017	950.000	38.000	14-15	950.000	1	5.600	CCF24	950.000	38.000	0	0	0	0	0
5	CC	1050919257	IGLESIAS QUINTERO HENRY ARLENZO	1	0			5																	230301	800.000	142.400	0	0	0	0	ESSC07	800.000	35.600	14-15	950.826	4	38.800	CCF08	800.800	35.600	0	0	0	0	0
6	CC	1052059096	YERENA ARRIETA ADALBERTO RAFAEL	1	0			5																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	ESSC07	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.180	CCF08	828.116	33.360	0	0	0	0	0
7	CC	1082693386	GONZALEZ SOTO NELSON DE JESUS	1	5			5																	230301	717.701	114.800	0	0	0	0	EPS002	717.701	28.800	14-15	717.701	4	31.800	CCF33	717.701	28.800	0	0	0	0	0
8	CC	1082693386	GONZALEZ SOTO NELSON DE JESUS	1	0			5													X				230301	110.416	17.700	0	0	0	0	EPS002	110.416	4.500	14-15	110.416	4	0	CCF33	110.416	4.000	0	0	0	0	0
9	CC	1116812325	MINDIOLA QUIÑONEZ ELAISER ANTONIO	1	0			5																	231601	890.000	142.400	0	0	0	0	EPS010	890.000	35.600	14-15	890.000	4	39.000	CCF30	890.000	35.600	0	0	0	0	0
10	CC	1143424216	CARDONA ROMERO YEFRI GREGORIO	1	0			8																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	ESSC07	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF07	828.116	33.200	0	0	0	0	0
11	CC	1255584 0	GLANOUCET BARRIOS ANGEL ALBERTO	1	0			5																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS037	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF33	828.116	32.200	0	0	0	0	0
12	CC	18181113	DIAZ MARTINEZ JOSE ALBERTO	1	0			8																	230301	976.000	156.200	0	0	0	0	EPS005	976.000	39.100	14-15	976.000	4	42.500	CCF24	976.900	36.100	0	0	0	0	0
13	CC	17901831	LARA DIAZ CLARK BARNAVIS	1	0			5																	25-14	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS1C4	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF30	828.116	32.200	0	0	0	0	0
14	CC	17944992	BERMUDEZ ALARCON RAUL NICOLAS	1	0			5																	230301	860.000	142.400	0	0	0	0	EPS005	890.000	35.600	14-15	860.000	4	36.900	CCF30	950.900	36.600	0	0	0	0	0
15	CC	38452639	ARANGO PEDRAZA KATHERINE	1	0			5																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS002	828.116	33.200	14-15	828.116	1	4.400	CCF30	828.116	36.200	0	0	0	0	0
16	CC	53852284	JAIMES OSPINA ANA MILENA	1	0			5																	321001	900.800	144.800	0	0	0	0	EPS008	900.800	36.000	14-13	900.900	1	4.700	CCF24	900.900	36.600	0	0	0	0	0
17	CC	72213833	DE LA HOZ SUAREZ JAHIR ALBERTO	1	5			5																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS002	828.116	33.200	14-13	828.116	4	36.100	CCF07	828.116	33.200	0	0	0	0	0
18	CC	7201595	CUMBE ALARCON ADRIAN GONZALO	1	0			8																	321001	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS037	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF32	828.116	33.200	0	0	0	0	0
19	CC	7674782	VILLALBA DEL TORO ROBINSON ANTONIO	1	5			5																	230301	828.116	132.000	0	0	5	5	EPS010	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF07	828.116	33.790	0	0	0	0	0
20	CC	79914252	GONZALEZ JOSE JAIRO	1	5			5																	25-14	441.662	70.700	0	5	0	5	EPS008	441.662	17.700	14-18	441.662	4	19.300	CCF24	441.662	17.700	0	0	0	0	0
21	CC	79914252	GONZALEZ JOSE JAIRO	1	0			5																5	25-14	388.455	61.800	5	0	5	5	EPS008	388.455	15.500	14-15	388.455	4	6	CCF24	388.455	6	0	5	0	0	5
22	CC	79574628	SANCHEZ ACERO JOHN FIYERAY	1	5			5																	230301	828.116	132.800	5	0	0	5	EPS044	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.180	CCF24	828.116	36.200	5	0	0	0	0
23	CC	79576236	CASALLAS CHACON LUIS FERNANDO	1	5			5	X																230301	800.513	128.100	5	5	5	5	EPS017	800.513	32.100	14-10	800.513	4	34.900	CCF24	900.513	32.100	5	0	5	5	0
24	CC	79628542	DUARTE ORTIZ ANDRES FERNANDO	1	0			5																	230801	2.800.000	448.000	5	5	14.900	14.600	EPS005	2.800.000	112.900	14-16	2.800.000	1	14.700	CCF24	2.800.000	112.900	5	5	5	5	0
25	CC	79628542	DUARTE ORTIZ ANDRES FERNANDO	1	5			8													X				230801	1.200.900	192.900	5	5	0.900	0.600	EPS005	1.200.600	48.900	14-15	1.200.600	1	5	CCF24	1.200.600	48.900	5	5	5	0	0
26	CC	79894155	OLAYA BERNAL PEDRO RAUL	1	0			5																	25-14	885.900	141.900	5	0	0	5	EPS017	885.000	35.400	14-15	885.000	4	36.500	CCF24	885.800	36.400	5	5	5	5	5
27	CC	84061814	SALAS PEÑARANDA NELSON EDUARDO	1	5			5																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS037	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF30	828.116	33.200	5	5	5	5	0
28	CC	84065050	TORO ACEVEDO ALAIN DAVID	1	5			5																	231601	828.116	132.500	5	5	5	5	EPS005	828.116	36.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF30	828.116	36.200	0	5	0	5	5
29	CC	84088720	DIAZ FLOREZ RONALD YEFERSON	1	5			5																	230301	840.000	134.400	5	0	5	0	EPS002	840.800	16.900	14-15	840.900	4	36.900	CCF30	840.800	36.000	5	0	5	0	5
30	CC	85162698	GUTIERREZ MONROY ANTONIO	1	5			5																	25-14	828.116	132.500	5	5	0	0	EPS1C4	828.116	33.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF30	828.116	36.200	0	0	0	0	5
31	CC	8772395	ESCORCIA GONZALEZ YAIR ESTEBAN	1	0			5																	230201	828.116	132.500	0	0	0	0	ESSC07	828.116	32.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF07	828.116	33.200	5	0	5	0	0
32	CC	92507595	GONZALEZ MARTINEZ JORGE LUIS	1	5			8																	25-14	828.116	132.500	5	0	5	5	EPS037	828.116	36.200	14-15	828.116	4	36.100	CCF41	828.116	33.200	0	0	5	0	0

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

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

FORMATO DE COMPROBANTE DE PAGO DE NOMINA
NIT:900.512.082-6

Nombre:	**GONZALO ALBERTO ALFARO GOMEZ**				
Cédula:	**19415551**				
Cargo:	**0**				
Periodo:	**NOM 1 AL 15 DE JUNIO 2019**				
INGRESOS			**DEDUCCIONES**		
Salario	$	331.246	Aporte Eps	$	13.250
Sub. de transporte	$	38.813	Aporte Fdo Pensión	$	13.250
Extras y Recargos	$	-	Préstamos	$	-
Otros			Fondo Solidaridad	$	-
			Anticipos	$	-
TOTAL INGRESOS	**$370.059**		**TOTAL DEDUCCIONES**	**$26.500**	
NETO PAGADD	**$343.559**		**Días Trabajados**	**12**	

Recibi:_____

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

FORMATO DE COMPROBANTE DE PAGO DE NOMINA
NIT:900.512.082-6

Nombre:	**ALFARO GOMEZ GONZALO ALBERTO**				
Cédula:	**19415551**				
Cargo:	**0**				
Periodo:	**NOM 16 AL 30 DE JUNIO 2019**				
INGRESOS			**DEDUCCIONES**		
Salario	$	414.058	Aporte Eps	$	16.562
Sub. de transporte	$	48.516	Aporte Fdo Pensión	$	16.562
Extras y Recargos	$	-	Préstamos	$	50.000
Otros			Fondo Solidaridad	$	-
			Anticipos	$	-
TOTAL INGRESOS	**$462.574**		**TOTAL DEDUCCIONES**	**$83.125**	
NETO PAGADO	**$379.449**		**Dias Trabajados**	**15**	

Recibí:_____

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

FORMATO DE COMPROBANTE DE PAGO DE NOMINA
NIT:900.512.082-6

Nombre:	**PAOLA CASTAÑEDA HENAO**				
Cédula:	**1019059477**				
Cargo:	**0**				
Periodo:	**NOM 1 AL 15 DE JUNIO 2019**				
INGRESOS			**DEDUCCIONES**		
Salario	$	500.000	Aporte Eps	$	20.000
Sub. de transporte	$	48.516	Aporte Fdo Pensión	$	20.000
Extras y Recargos	$	(1)	Préstamos	$	-
Otros			Fondo Solidaridad	$	-
			Anticipos	$	-
TOTAL INGRESOS	**$548.515**		**TOTAL DEDUCCIONES**	**$40.000**	
NETO PAGADO	**$508.515**		**Dias Trabajados**	**15**	

Recibi:_____

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

FORMATO DE COMPROBANTE DE PAGO DE NOMINA
NIT:900.512.082-6

Nombre:	**CASTAÑEDA HENAO JULIETH PAOLA**				
Cédula:	**1019059477**				
Cargo:	**0**				
Periodo:	**NOM 16 AL 30 DE JUNIO 2019**				
INGRESOS			**DEDUCCIONES**		
Salario	$	400.000	Aporte Eps	$	20.000
Sub. de transporte	$	22.641	Aporte Fdo Pensión	$	20.000
Extras y Recargos	$	-	Préstamos	$	-
Otros			Fondo Solidaridad	$	-
			Anticipos	$	-
TOTAL INGRESOS	**$422.641**		**TOTAL DEDUCCIONES**	**$40.000**	
NETO PAGADO	**$382.641**		**Dias Trabajados**	**12**	

Recibi:_____

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

Empresa: INVERSIONES TRANS
NIT: 900512082
Tipo de pago: PAGO A PROVEEDORES

Nombre del pago: pagocta2606
Secuencia: C
Número de cuenta a debitar: 69417934818

Fecha: 26-06-2019 **Hora:** 17:06:28
Fecha de Generación: 26-06-2019

Fecha de envío del pago: 26-06-2019
Fecha para Procesar el pago: 26-06-2019

Impreso por: transsabana

Total Registros del Lote: 2	**Registros Procesados:** 1	**Registros Rechazados:** 0	**Registros Pendientes:** 1
Valor Total del Pago: $3,825,313.00	**Valor Registros Procesados:** $2,450,193.00	**Valor Registros Rechazados:** $0.00	**Valor Registros Pendientes:** $1,375,120.00

NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	DOCUMENTO BENEFICIARIO	NOMBRE BENEFICIARIO	VALOR	ENTIDAD	ESTADO	FECHA APLICACIÓN
04296460881	Ahorros	80492201	OSCAR SUAREZ HORTU	2,450,193.00	BANCOLOMBIA	ABONADO EN BANCOLOMBIA, PROVENIENTE DE CLIENTE	26-06-2019
630105906	Ahorros	8713658	RAFAEL CORONADO	1,375,120.00	BANCO DE BOGOTA	POR APLICAR EN ENTIDAD DE ACH	26-06-2019

INVERSIONES TRANS SABANA S.A.S

NIT: 900512082
DIRECCION: CR 52 44A 29
TELEFONOS: 7034135
FAX:

DOCUMENTO EQUIVALENTE
Nro. 00001683
FECHA: Junio 22 DE 2019

CUENTA	CONCEPTOS	BENEFICIARIO	DEBITO	CREDITO
61450505-SERVICIO DE	SERVICIO TRANSPORTE DE	SUAREZ HORTUA OSCAR	2,550,000.00	0.00
23652504-TRANSPORTE	SERVICIO TRANSPORTE DE	SUAREZ HORTUA OSCAR	0.00	89,250.00
23680105-RETE ICA	SERVICIO TRANSPORTE DE	SUAREZ HORTUA OSCAR	0.00	10,557.00
23354505-TRANSPORTES,	SERVICIO TRANSPORTE DE	SUAREZ HORTUA OSCAR	0.00	2,450,193.00

TOTAL DOCUMENTO	DE-00001683	2,550,000.00	2,550,000.00
TOTAL EN LETRAS	Dos millones quinientos cincuenta mil pesos		

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO

BBVA Net Cash

BBVA net cash	Archivo	Fecha	Hora	Página
Nóminas	pago1semadres	29-06-2019	12:10:25	1

REFERENCIA: 29062019.NOM

DATOS DEL EMISOR:

Clave:	NOMINA	Fecha de Proceso:	29-06-2019
Nombre:	INVERSIONES TRANS SABANA		
Cuenta a debiter:	00130817000100000995		

NOMINAS EMITIDAS:

Clave	Nombre del Empleado	Cuenta	Importe
0000000530000850	AURA PEREZ	0417000200234887	680.000,00

Número Total de Órdenes: 1 **Importe Total:** 680.000,00 COP

PAGO SERVICIOS ADES

CESAR HERRERA

INVERSIONES TRANS SABANA S.A.S

NIT: 900512082
DIRECCION: CR 52 44A 29
TELEFONOS: 7034135
FAX:

DOCUMENTO EQUIVALENTE
Nro. 00001703
FECHA: Junio 29 DE 2019

CUENTA	CONCEPTOS	BENEFICIARIO	DEBITO	CREDITO
61450505-SERVICIO DE	SERVICIO TRANSPORTE DE	HERRERA COCA CESAR	680,000.00	0.00
23354505-TRANSPORTES,	SERVICIO TRANSPORTE DE	HERRERA COCA CESAR	0.00	680,000.00

TOTAL DOCUMENTO	DE-00001703	680,000.00	680,000.00
TOTAL EN LETRAS	Seiscientos ochenta mil pesos		

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO

BBVA
Net Cash

BBVA net cash	Archivo	Fecha	Hora	Página
Nóminas	anticipos	22-06-2019	11:37:50	1

REFERENCIA: 22062019.NOM

DATOS DEL EMISOR:

Clave:	NOMINA	Fecha de Proceso:	22-06-2019
Nombre:	INVERSIONES TRANS SABANA		
Cuenta a debitar:	00130817000100000935		

NOMINAS EMITIDAS:

Clave	Nombre del Empleado	Cuenta	Importe
0000000530000850	AURA PEREZ	0417000200234887	510.000,00
0000010160047890	JOSE RODOLFO BAQUERO	0157000200180787	250.000,00

Número Total de Órdenes: 2 **Importe Total:** 760.000,00 COP

Pago Semana ADEL Base Enero
PRÉSTAMO AUTORIZADO
pendiente anticipo o prestamo

INVERSIONES TRANS SABANA S.A.S

NIT: 900512082
ECCION: CR 52 44A 29
LEFONOS: 7034135
FAX:

DOCUMENTO EQUIVALENTE
Nro. 00001684
FECHA: Junio 22 DE 2019

CUENTA	CONCEPTOS	BENEFICIARIO	DEBITO	CREDITO
61450505-SERVICIO DE	SERVICIO TRANSPORTE DE	HERRERA COCA CESAR	510,000.00	0.00
23354505-TRANSPORTES,	SERVICIO TRANSPORTE DE	HERRERA COCA CESAR	0.00	510,000.00

TOTAL DOCUMENTO	DE-00001684	510,000.00	510,000.00
TOTAL EN LETRAS	Quinientos diez mil pesos		

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO

net cash

BBVA net cash	Archivo	Fecha	Hora	Página
Nóminas	adres4	14-06-2019	18:53:07	1

REFERENCIA: 14062019.NOM

DATOS DEL EMISOR:

Clave:	NOMINA	Fecha de Proceso:	14-06-2019
Nombre:	INVERSIONES TRANS SABANA		
Cuenta a debitar:	00130817000100000995		

NOMINAS EMITIDAS:

Clave	Nombre del Empleado	Cuenta	Importe
0000000530000850	AURA PEREZ	0417000200234887	680.000,00

Número Total de Órdenes: 1 **Importe Total:** 680.000,00 COP

VERSIONES TRANS SABANA S.A.S

52
52 44A 29
: 7034135
FAX:

DOCUMENTO EQUIVALENTE
Nro. 00001667
FECHA: Junio 14 DE 2019

CUENTA	CONCEPTOS	BENEFICIARIO	DEBITO	CREDITO
61450505-SERVICIO DE	SERVICIOS TRANSPORTE DE	HERRERA COCA CESAR	680,000.00	0.00
23354505-TRANSPORTES,	SERVICIOS TRANSPORTE DE	HERRERA COCA CESAR	0.00	680,000.00

TOTAL DOCUMENTO		DE-00001667	680,000.00	680,000.00
TOTAL EN LETRAS	Seiscientos ochenta mil pesos			

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO

BBVA net cash

Detalle Orden Online

08/Jun/19 12:37:05

Información de la orden

Fecha de proceso:	08-06-2019	Número de Ódenes:	1
Tipo de pago:	Pago a Proveedores	Importe:	680.000,00
Forma de pago:	Cuenta	Estado:	En Proceso BBVA

Nombre beneficiarios	N° identificación	N° cuenta	Banco	Importe	Estado
ANDRES ABRIL OSPITIA	802254410	24515644364	32	680.000,00	En Proceso BBVA

HACER CTA COBRO
CESAR MAURICIO HERRERA

INVERSIONES TRANS SABANA S.A.S

900512082
JN: CR 52 44A 29
JNOS: 7034135
FAX:

DOCUMENTO EQUIVALENTE
Nro. 00001658
FECHA: Junio 8 DE 2019

CUENTA	CONCEPTOS	BENEFICIARIO	DEBITO	CREDITO
61450505-SERVICIO DE	SERVICIO TRANSPORTE DE	HERRERA COCA CESAR	680,000.00	0.00
23354505-TRANSPORTES,	SERVICIO TRANSPORTE DE	HERRERA COCA CESAR	0.00	680,000.00

TOTAL DOCUMENTO		DE-00001658	680,000.00	680,000.00
TOTAL EN LETRAS	Seiscientos ochenta mil pesos			

PREPARADO	REVISADO	APROBADO	CONTABILIZADO

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR Cesar Mauricio Herrera Coca. **C.C No.** 79562897 **PLACA** WOS 264 **MES** Junio 2019.

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	N° PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
04-06-19	6:30	Prado Veraniego	Adres	18:35	19:35.	Transporte Funcionario	1	Sergio Andres Soler.	
05-06-19	7:45	Bolivia Oriental.	Adres.	19:00	19:45.	11 11	1	Laura Beltran.	
06-06-19	6:45	Prado Veraniego	Adres.	19:00	19:45	11 11	1	Sergio Andres Soler.	
07-06-19	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
10-06-19	7:00	Colegio da vinci	Adres	18:35	19:00	Transporte Funcionario	1	Sergio Andres soler	
11-06-19	7:45	Bolivia Oriental	Adres.	18:50	19:40	11 11	1	Laura Beltran	
12-06-19	7:00	Colegio da vinci	Adres	18:30	19:25	11 11	1	Sergio Andres Soler.	
13-06-19	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
14-06-19	7:00	Colegio da vinci	Adres.	18:55	19:45	Transporte Funcionario	1	Sergio Andres Soler.	
17-06-19	7:45	Bolivia Oriental.	Adres.	19:10	19:50	11 11	1	Laura Beltran.	
18-06-19	7:00	Colegio da vinci	Adres.	18:50	19:45	11 11	1	Sergio Andres Soler.	
19-06-19	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP
20-06-19	7:00	Colegio da vinci	Adres	19:00	19:45	Transporte Funcionario	1	Sergio Andres Soler.	
21-06-19	7:45	Bolivia Oriental	Adres	19:	19:50	11 11	1	Laura Beltran.	
25-06-19	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP	PP

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana

NOMBRE DEL CONDUCTOR Cesar Mauricio Herrera Coca. **C.C No.** 79582897 **PLACA** WOS 964 **MES** Junio 2019.

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	Nº PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
26-06-19	7:00	Predio U Adres)	Adres.	18:35	19:30	Transporte Funcionario	1	Sergio Andres Soler.	
27-06-19	7:10	Chapinero (Adres)	Adres	18:00	18:40	11 11	1	Marcela Brunt	
28-06-19	7:40	Colegio da Vinci	Adres.	17:55	18:40	11 11	1	Sergio Andres Soler.	

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR GONZALO ALBERTO ALFARO **C.C No.** 19.415.551 **PLACA** E.Q.P. 206 **MES** JUNIO.

	FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	N° PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
	04-06-19	6:35 AM	VIA COTA	ADRES.	6:15 PM	9:35 PM		1	DRA. CRISTINA	
		(			12:15 PM					
	05-06-19	6:35 AM.	VIA COTA.	ADRES.	6:45 AM	8:30 AM		1	DRA CRISTINA	
					6:35 PM	8:05 PM				
	06-06-19	6:30 AM	COTA.	ADRES.	6:50 AM	8:15 AM		1	DRA CRISTINA	
					6:50 PM	9:22 PM				
	07-06-19	6:37 AM	COTA.	ADRES.	6:55 PM	8:43 AM		1	DRA CRISTINA.	
					6:40 PM	8:10 PM				
16	-6-2019	6:10 AM	COTA.	ADRES.	6:37 AM	8:10 AM		1	DRA CRISTINA	
					6:50 PM	8:20 PM				
11	-6-2019	6:11 AM	COTA-	ADRES.	6:46 AM	8:16 AM		1	DRA CRISTINA.	
						7:35 PM		1		
12	-6-2019	6:28 AM	COTA.			9:00 PM		1	DRA CRISTINA	
13	-6-2019	10:30 AM	COTA.	M. SALUD.	8:14 AM	5:35 PM		1		
17	-6-2019	6:17 AM	COTA.	M. SALUD.	5:35 PM	6:50 PM		1	DRA. CRISTINA	

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana

NOMBRE DEL CONDUCTOR GONZALO ALBERTO ALFARO G **C.C No.** 19.415.551 **PLACA** E.Q.P. 206 **MES** JUNIO

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	N° PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
18-6-2019	6:07 AM	COTA.	ADRES.	6:18 AM	7:37 AM		1	DRA. CRISTINA.	
				6:38 PM	7:51 PM				
19-6-2019	5:22 AM	COTA	M. HACIENDA	5:36 AM	6:48 AM		1		
		M. HACIENDA	ADRES.	10:34 AM	11:04 AM				
		ADRES.	M. HACIENDA	11:14 AM	11:48 AM				
		M. HACIENDA	ADRES.	12:00 M	12:30 PM				
		ADRES	COTA.	4:45 PM	5:43 PM				
20-6-2019	6:18 AM	COTA.	103-B. 49.	6:26 AM	7:15 AM		1		
		103 B. 49 D	ADRES.	10:25 AM	10:50 AM		2		
		ADRES	M. HACIENDA	12:48 PM	1:30 PM		2		
		M. HACIENDA	AEROPUERTO	4:00 PM	4:28 PM		1		
25-6-2019	6:17 AM	COTA	ADRES.	6:37 AM	7:58 AM		1		
		ADRES	M. SALUD.	11:13 AM	11:41 AM		1		
		M. SALUD	ADRES	2:48 PM	3:10 PM		1		
		ADRES.	COTA.	6:47 PM	8:00 PM		1		

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana

NOMBRE DEL CONDUCTOR GONZALO ALBERTO ALFARO **C.C No.** 19.415.551 **PLACA** E.Q.P.206 **MES** JUNIO.

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	N° PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
27-6-2019	6:23AM	COTA	ADRES.	6:41AM	8:10AM		1	DRA. CRISTINA	
		ADRES	P. CLARO	12:03 M	12:12 M		1		
		P. CLARO	PROCURADU	12:43 PM	2:16 PM		1		
		PROCURADU	ADRES.	4:24PM	4:52PM		2		
		ADRES.	COTA	5:53PM	7:13PM				
28-6-2019	6:27AM	COTA.	ADRES.	5:40AM	7:47AM		1		
		ADRES.	B.B.V.A	12:26 M	12:57 M		1		
		B.B.V.A.	ADRES.				1		
		ADRES.	COTA.	6:25PM	7:22PM		1		

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR Oscar Suarez **C.C No.** 80492201 **PLACA** WPO24i **MES** Junio

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	Nº PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
04	6:25	Hayuelos	Adres	7:00	7:05		* 7	Andrés Agudelo	
04	7:35	CR64N1-95	Adres	8:05	10:06		- 2	Marcela Bun	
04	10:30	Adres	Financiera	11:25	12:06		4		
04	20:25	Hayuelos	Adres	21:00	21:02		* 2	Andrés Agudelo	
04	21:30	Galavuch	Galaí	21:30	21:32		2		
05	6:25	Hayuelos	Adres	7:05	7:016		* 1	Andrés Agudelo	
05	8:10	CR64XH5	centro	9:45	9:610	servicio cancelado	1		
05	9:45	Boyaca 170 x	Adres	11:50	11:30		- 2	Marcela Bun	
05	13:00	Adres	Boyaca 170 x	15:30	14:20		- 2	Marcela Bun	
05	14:35	Boyaca 170 x	Adres	16:20	15:30		- 2	Marcela Bun	
05	17:25	CRA 72A N77-21	Adres	18:10	18:45		* 3	Andrés Agudelo	
05	19:40	Hayuelos	Adres	19:15	19:10		* 1	Andrés Agudelo	
07	6:20	Hayuelos	Adres	7:12	7:10		* 1	Andrés Agudelo	
07	8:00	CR64X2	calix26	10:20	8:40		- 3	Marcela Bun	
07	12:00	Adres Calix26	Adres	14:35	12:20		- 3	Marcela Bun	

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR Oscar Suarez **C.C No.** 80492201 **PLACA** WPO 24 **MES** Junio

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	Nº PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
07	15:06	Procuraduría	Adres	19:015	17:40		1		
07	22000	Adres	Hayuelos	22:00	22:20		1	Andrés Agudelo	
09	6:25	Hayuelos	Adres	7:15	7:10		1	Andrés Agudelo	
09	7:45	Cll64x1-15	Adres	14:00	10:10		1	Claudia Ruiz	
10	14 35	Cll64x1-15	Adres	18:25	18:10		1	Andrés Agudelo	
10	19:10	Cll64x1-15	Adres	20:10	19:50		3	Marcela Bmn	
10	20:20	Hayuelos	Hayuelos	20:38	2035		1	Andrés Agudelo	
11	6:20	Hayuelos	Adres	7:12	7:10		2	Andrés Agudelo	
11	8:00	Cll64x1-15	Adres	6:20	9:80		1		
11	8:25	Hayuelos	Galán	9:05	9:00		2	Andrés Agudelo	
11	9:05	Galán	Hayuelos	9:30	9:29		1		
13	6:25	Hayuelos	Adres	7:00	6:55		1	Andrés Agudelo	
13	7:40	Cll64x1-15	Hog Tequendama	8:10	8:00		1	Marcela Bmn	
13	8:40	Adres	Hog tequendama	12:45	12:40		1	Marcela Bmn	
13	20:10	Hayuelos	Adres	19:45	12:40		1	Andrés Agudelo	

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR Oscar Suarez **C.C No.** 80492201 **PLACA** WPO 24 **MES** Junio

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	Nº PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
14	6:25	Hayuelos	Adres	7:10	7:00		1	Andres Agudelo	
14	7:45	cl164x1-15	Adres	12:20	8:30		1	Marcela Bmn	
14	13:00	aero puerto	Adres	14:45	14:00		1		
14	15:20	intendencia sur	Adres	18:15	16:00		4	[illegible]	
14	18:58	Hayuelos	19:06	19:08	19:10		1	Andres Agudelo	
17	6:25	Hayuelos	Adres	7:05	7:00		2	Andres Agudelo	
17	7:45	CN64x1-15	Adres	8:30	8:50		2	Marcela Bmn	
17	15:15	cra7 #77-66	Adres	16:30	16:20		2	[illegible]	
17	17:08	cra 124 #77	Adres	18:50	18:20		2	Andres Agudelo	
17	19:20	Adres	Hayuelos	19:45	1947		2	Andres Agudelo	
19	6:20	Hayuelos	Adres	8:40	7:06		2	Andres Agudelo	
19	10:24	Juzgado	Adres	19:45	11:00		2	Ciudadela	Ciudadela
19	20:15	Hayuelos	Adres	20:30	20:20		1	Andres Agudelo	
20	6:25	Hayuelos	Adres	7:10	7:00		1	Andres Agudelo	
20	7:45	cra64y-15	Tequendama	10:00	8:08		1	Marcela Bmn	

OBSERVACIONES: _____

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR OSCAR SUAREZ **C.C No.** 80492201 **PLACA** WPO 24 **MES** JUNIO

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	Nº PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
20	11:00	Congreso	Tequendama	10:28	11:00		1	Marcela Bwn	MB
20	11:15	Tequendama	Adres	17:40	12:30		1	Marcela Bwn	MB
20	16:20	Adres	Hayuelos	18:40	18:00		1	Andres Agudelo	
21	6:25	Hayuelos	Adres	7:10	7:00		1	Andres Agudelo	
21	7:45	cra 64 x 1-15	Adres	8:45	8:37		1		
21	4:10	Juzgado	Adres	17:45	9:45		1		
21	18:20	Hayuelos	Hayuelos	18:27	18:25		1	Andres Agudelo	
25	6:25	Hyuelos	Adres	7:05	7:00		1	Andres Agudelo	
25	7:45	cra 64 x 1-15	Agenda Adres	8:50	8:30		1	Marcela Bwn	MB
25	9:25	Adres	Juzgado	10:11	10:10		1	Marcela Bwn	MB
25	10:30	Hacienda	Adres	15:40	12:24		3	Marcela Bwn	MB
25	16:15	cra 75-66	Adres	20:05	19:20		2	Andres Agudelo	
26	6:20	Hayuelos	Adres	7:05	7:06		1	Andres Agudelo	
26	11:32	Ministerio	Adres	14:00	12:00		3		
26	14:45	Fuerza	Adres	21:00	16:00		1		

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
-Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR Oscar Suarez **C.C No.** 80492207 **PLACA** WPO24 **MES** Junio

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	Nº PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
26	21:20	Adres	Hayuelos	21:00	18:40		x 1	Andres Agudelo	
27	6:20	Hayuelos	Adres	13:35	7:00		x 1	Andres Agudelo	
27	14:10	procuraduria	Adres	20:40	14:10		— 1	Marcela Bmm	
27	21:25	Hayuelo	Hayuelos	20:40	21:20		x 1	Andres Agudelo	
28	6:00	Hayuelos	Adres	7:05	7:00		x 1	Andres Agudelo	
28	7:30	embajada	C116 x 1-15	7:50	7:45		— 2	Marcela Bmm	
28	18:30	Hayuelos	Adres	1840	19:10		x 1	Andres Agudelo	

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR Luis Eduardo Rodriguez C **C.C No.** 79184.446 **PLACA** WNU 940 **MES** Junio

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	Nº PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
6-6-19	6:30 AM	Cra 87-17-35	ADRES	9 PM	7 08 AM		1	Andrés Agudelo	
7-6-19	6:30 AM	DIAGONAL 86 b 103022	COMPENSAR CALLE 94	11 AM	7 45 AM		4		
10-6-2019	12.30	MINISTERIO	ADRES	3 PM	1 PM		4	Julio Gonzalez	
11-6-2019	6 30 PM	ADRES	BOLIVIA	7 30 PM	7 30 PM		1		
12-6-2019	6 30 AM	Cra 87 + 17-35	ADRES	6 40 AM	7 15 AM		1	Andrés Agudelo	
12-6-2019	8 AM	Calle 64-1-15	ADRES	8 AM	8 AM		1	Marcela Bum	
12-6-19	6 PM	ADRES	Calle 64-1-15	6 PM	6 45 PM		1	Marcela Bum	
12-6-19	7 PM	ADRES	Cra 87-17-35	7 PM	7 30 PM		1	Andrés Agudelo	
13-6-19	6 30 AM	DIAGONAL 86 A W 103-22	H. TEQUENDAMA	6 35 AM	7 48 AM		2		
13-6-19	1 PM	H. TEQUENDAMA	ADRES	1-10 PM	1 35 PM		4		
13-6-19	6 30 PM	ADRES	DIAGONAL 87-103 cr	6 30 PM	7 35 PM		1		
14-6-19	6 30 AM	COTA	ADRES	6 38 AM	8 10 AM		1		
14-6-19	8 10 PM	ADRES	COTA	6 30 PM	8 00 PM		1		
18-6-19	6 30 AM	Cra 87-17-35	ADRES	6 40 AM	7 AM		1	Andrés Agudelo	
18-6-19	7 45 AM	Calle 64-1-15	MINISTERIO HACIENDA	7 45 AM	9 30 AM		1	Marcela Bum	

OBSERVACIONES:

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana

NOMBRE DEL CONDUCTOR Luis Eduardo Rodriguez C **C.C No.** 79.134.446 **PLACA** WNO 960 MES Junio

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	N° PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
18-6-19	2:25 PM	ADRES	MINISTERIO SALUD	1:30 PM	2 PM		11	José Herrera	
		ADRES	CONSEJO DE ESTADO			CANCELADA			
18-6-19	7:45 PM	ADRES	CLL 87 #11-35	7:15 PM	7:45 PM		1	Andrés Agudelo	
19-6-19	7:40 AM	DIAG. 86A #103-022	ADRES	8 AM	8:30 AM		1	Julio Bell	
19-6-19	3:15 PM	ADRES	CAFAM LA FLORESTA	10 PM	4:15 PM		3		
19-6-19	6:30 AM	ADRES	SOLUNA	6:30 PM	7:30 PM		1	Julio Bell	
20-6-19		COTA	MINISTERIO DE SALUD				1		
20-6-19		ADRES	CLL 13A CRA 29				3		
20-6-19		CLL 13A CON CARRERA 29	COTA				1		
25-6-19	8 AM	DIAGONAL 86A #103-22	PERSONERIA CLLE 55-10	12:30 PM	8:35 AM		1	Julio Bell	
25-6-19	4 AM	ADRES	SUPERINTENDENCIA DE SALUD		4:05 AM		2		
25-6-19	8:45 PM	ADRES	SOLUNA	8:45 PM	9:30 PM		1	Julio Bell	
26-6-19	6:30 AM	COTA	ADRES	6:30 AM	8:15 AM		1		
26-6-19	12:20 AM	ADRES	MINISTERIO SALUD	11:50 AM			2		
		ADRES	EL CONEY CLUB LOS LAGARTOS				1		

OBSERVACIONES:

Km 85

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PLANILLA DE SERVICIOS
Contrato No. 122-2019

TransSabana
Soluciones sobre ruedas

NOMBRE DEL CONDUCTOR Wilson Beto **C.C No.** 85468824 **PLACA** KUP639 **MES** Junio

FECHA	HORA LLEGADA	ORIGEN	DESTINO	HORA SALIDA	HORA LLEGADA	MOTIVO DEL SERVICIO	N° PERSONAS TRANSPORTADAS	NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA RUTA	FIRMA (RESPONSABLE DE LA RUTA)
13-06-19	10:00 Pm	Cll 26 Crabs	Recorrido nocturno	10:05 Pm	12:25	transporte de Ruta	8		

OBSERVACIONES:

Paola Castañeda

De: gestion administrativa <gestion.administrativa@adres.gov.co>
Enviado el: jueves, 13 de junio de 2019 1:05 p. m.
Para: Paola Castañeda
CC: Juan Carlos Borda Rivas
Asunto: RV: Servicio de Transporte

Paola buenos días,

De manera atenta le solicito gestionar lo necesario para la prestación del servicio de Transporte a los servidores que a continuación se relacionan y en las condiciones que se indican:

Fecha en la que se requiere el servicio : 13 de junio de 2019
Hora de recogida en la sede de la ADRES : 10:00 P:M
Destino : A lugar de residencia de cada uno de los servidores
Numero de servidores : 9

NOMBRE	DESTINO	DIRECCION
KAROL OSPINA	TINTAL	CALLE 2 SUR # 93 -27
DAVID CARMARGO	GARCES NAVAS	CALLE 78 F # 105-30
SIXTO ESCUDERO	VENECIA	CALLE 40 SUR # 68H-28
JAVIER PRADA	ALAMOS NORTE	CARRERA 100 B 72-58
JAVIER RATIVA	TINTAL	CALLE 34 BIS SUR # 89C- 46
MONICA COBOS	BOSA ESTACION	CARRERA 77 L BIS #63 - 18 SUR
YANETH GONZALEZ	CARVAJAL	CARRERA 68 L BIS A # 37D-72 SUR
PAOLA ROBAYO	LA FELICIDAD (BOYACA CON 13)	CARRERA 79 # 19-87
LEIDY VANOY	MADELENA	CALLE 63 SUR No. 64 -60

Quedo atento,

Atentamente

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

NELSON SANTOS ANDRADE
Gestor Operaciones
Grupo Gestión Administrativa y Documental
Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES