240

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL 1400.092	FORMATO **ACTA PARCIAL No.001**

CONDICIONES GENERALES

NÚMERO DE CONTRATO	**19000508 - H3 DE 2.019**
CLASE DE CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
CONTRATANTE	**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONÁUTICA CIVIL – AEROCIVIL**
CONTRATISTA	**AERONÁUTICOS SERVICIOS TÉCNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A.**
OBJETO	**MANTENIMIENTO DE ZONAS DE SEGURIDAD Y LIMPIEZA DE CANALES DE LOS AEROPUERTOS DE TUMACO Y GUAPI.**
VALOR INICIAL	**TRESCIENTOS CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($304´476.315.00) Incluido IVA.**
VALOR FINAL	**TRESCIENTOS CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($304´476.315.00) Incluido IVA.**
PLAZO	**240 DIAS CALENDARIO**
CDP SIIF	**7919 - 27/02/2019**
RP SIIF	**19019 – 11/04/2.019**
FECHA LEGALIZACIÓN	**12 de abril de 2.019**
SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	**LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA**

En el Municipio Palmira en el Aeropuerto Alfonso Bonilla Aragón a los 18 días del mes de junio de 2.019, se reunieron: el señor JULIO ERNESTO URIBE PINILLOS, identificado con la cedula de Ciudadanía No. 16.658.291, Representante Legal de la firma contratista AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A, el ingeniero LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA identificado con la cedula de ciudadanía 16.500.040 encargado de realizar la supervisión de la prestación de servicio del contrato 19000508 - H3 DE 2.019, con el fin de entregar y recibir respectivamente, el valor y las cantidades ejecutadas durante el periodo comprendido del 25 de abril al 18 de junio de 2019. Con el visto bueno de MILTON CESAR SANCHEZ PEREZ- Director Aeronáutico Regional Valle (E).

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL 1400.092	FORMATO **ACTA PARCIAL No.001**

CONDICIONES LEGALES

FECHA ACTA DE INICIO: 15 de abril de 2.019.

SUSPENSIONES: Durante la ejecución a la fecha del contrato no se han realizado suspensiones al contrato.

LEVANTAMIENTO DE SUSPENSIONES: No se han realizado levantamientos de suspensiones a la fecha

CONTRATOS ADICIONALES EN PLAZO: No se han realizado adiciones en plazo a la fecha.

CONTRATOS ADICIONALES EN VALOR: No se han realizado adiciones en valor al contrato

TERMINACIÓN CONTRACTUAL: 11 de diciembre de 2019.

ACTIVIDADES EJECUTADAS: para este periodo de ejecución se realizaron las actividades y cantidades como se muestran en el Acta de cantidades No.001 documento anexo. Recibiendo los trabajos a entera satisfacción.

CONDICIONES FINANCIERAS

VALOR DEL CONTRATO: TRESCIENTOS CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($304´476.315.00) Incluido IVA.

VALOR FINAL DEL CONTRATO: TRESCIENTOS CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE ($304´476.315.00) Incluido IVA.

FORMA DE PAGO: La forma de pago pactada en mediante actas parciales de ejecución.

DESARROLLO FINANCIERO DEL CONTRATO

ANTICIPO: No se pactó anticipo para este contrato.

ACTAS DE RECIBO PARCIAL.

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL 1400.092	FORMATO ACTA PARCIAL No.001

Durante la vigencia del contrato fue presentada y se encuentra en trámite la siguiente Acta Parcial No. 001 relacionada a continuación.

ACTA No	V/R BRUTO	V/R NETO	V/R IVA	VR OTROS DESCTOS
1.01	$51.172.490.00	$60.895.264.00	$9.722.774.00	$
TOTALES	**$51.172.490.00**	**$60.895.264.00**	**$9.722.774.00**	

VALOR EJECUTADO Y PENDIENTE DE PAGO

EL VALOR EJECUTADO A LA FECHA ES DE $ 60´895.264.00 M/te

EL VALOR PENDIENTE DE PAGO O ADEUDADO A LA FIRMA CONTRATISTA MANTENIMIENTO Y SERVICIOS EL SAMAN EAT, es de $243´581.052.00 M/te

BALANCE FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 304.476.315,00		
VALOR ADICIONAL DEL CONTRATO			
VALOR REAJUSTE DEL CONTRATO			
VALOR EJECUTADO		$ 60.895.264,00	
VALOR NO EJECUTADO		$ 243.581.051,00	
VALOR PAGADO			$ 0,00
VALOR DESCUENTOS			$ 0,00
VALOR PENDIENTE DE PAGO			$ 60.895.264,00
TOTAL	$ 304.476.315,00	$ 304.476.315,00	$ 304.476.315,00

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL 1400.092	FORMATO **ACTA PARCIAL No.001**

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

El supervisor del presente contrato deja constancia que verificó el pago de los aportes parafiscales y al sistema de seguridad social, encontrándose a paz y salvo con sus obligaciones frente a dichos sistemas en los pagos durante la ejecución del contrato.

GARANTIAS

El contratista se compromete a prorrogar o adicionar las garantías contractuales a solicitud de la entidad si lo requiere.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente Acta Parcial No. 001 por los que en ella intervinieron.

JULIO ERNESTO URIBE PINILLOS
Representante Legal
AERONÁUTICOS SERVICIOS TÉCNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A.
Contratista

LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA
Supervisor
U. A. E. DE AERONÁUTICA CIVIL

Vo. Bo. MILTON CESAR SANCHEZ PEREZ
Director Aeronáutico Regional del Valle (E)

Proyectó: Luis Angel Caicedo Mosquera.
Revisó: - Abogado.

AERONAUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL AERONAUTICA CIVIL DESARROLLO AERPORTUARIO	OBJETO:MANTENIMIENTO DE ZONAS DE SEGURIDAD Y CANALES DE LOS AEROPUERTOS DE TUMACO Y GUAPI AEROPUERTOS: LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI CONTRATO No. 19000508 -H3 DE 2.019 PLAZO INICIAL: 240 DIAS CALENDARIOS PLAZO ADICIONAL: 0 DIAS CALENDARIO PLAZO FINAL: 240 DIAS CALENDARIOS	VALOR INICIAL: $ 304.476.315 VALOR ADICIONAL: $ 0 VALOR FINAL : $ 304.476.315	CONTRATISTA: AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A SUPERVISOR: LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA

ACTA PARCIAL No.001

El día 18 de Junio de 2.019 en el Aeropuerto Alfonso Bonilla Aragón, se reunieron el señor JULIO ERNESTO URIBE PINILLOS, quién actúa en Representacion de la firma contratista AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A, el Ing. LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA, quién actúa como SUPERVISOR del contrato No. 19000508 - H3 de 2019; con el objeto de recibir las cantidades ejecutadas durante el período comprendido entre el dia 25 de abril hasta el dia 18 de junio de 2.019 , determinando su valor de acuerdo a los precios unitarios estipulados en el contrato y según se relaciona en el cuadro anexo de cantidades, las cuales se recibieron a entera satisfacción por parte de la supervisoria del contrato.

BALANCE FINACIERO DEL CONTRATO		VALORES	
1. Valor Inicial Contrato		304.476.315	
2.Valor Adicional		0	
3, Valor total del Contrato (1+2)		304.476.315	
4, Valor Pagado por Anticipo	0%	0	
5. Valor que resta por Pagar (3-4)		304.476.315	
6, Valor Presente Acta		60.895.264	
7. Amortización en esta acta	0%	0	
8. Otras retenciones (Acumuladas)		0	
9,Valor a Pagar de la Presente Acta (6-7)		60.895.264	
10, Pagos Actas Anteriores		0	
11, Valor pagado a la Fecha			
12, Saldo por pagar del presente Contrato			$ 304.476.315
13, Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha		20,00%	

OBSERVACIONES: El Contratista y el supervisor mediante el presente documento, hacen constar que las cantidades consignadas en el formato de cantidades, que hace parte integral de la presente acta, corresponden a las medidas tomadas por el Contratista y verficadas por la supervisoria por la U.A.E.A.C.

De igual manera dejan constancia que la ejecución de los diferentes ITEMS se han realizado atendiendo las mejores practicas constructivas actuales, con las mejores calidades y cumpliendo con las especificaciones técnicas establecidas en los terminos de referencia del presente contrato. Lo anterior de conformidad con la Resolucion 00589 del 12 de febrero de 2007 por la cual se reglamentan las funciones de Interventoria y Supervisoria para los contratos que celebra la U.A.E.A.C.

J. E. Uribe

AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A
Contratista
Rpte. Legal JULIO ERNESTO URIBE PINILLOS

LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL
Supervisor

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL
VoBo MILTON CESAR SANCHEZ PEREZ
DIRECTOR AERONAUTICO (E) REGIONAL DEL VALLE

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL AERONAUTICA CIVIL	OBJETO:MANTENIMIENTO DE ZONAS DE SEGURIDAD Y CANALES DE LOS AEROPUERTOS DE TUMACO Y GUAPI	VALOR INICIAL	CUADRO DE CANTIDADES
		304.476.315	ACTA PARCIAL No.001
DESARROLLO AERPORTUARIO	AEROPUERTOS: LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI		
	CONTRATO No. 19000508 -H3 DE 2.019		FECHA: 18 DE JUNIO DE 2.019
	PLAZO INICIAL: 240 DIAS CALENDARIOS	VALOR FINAL	CONTRATISTA:
	PLAZO ADICIONAL: 0 DIAS CALENDARIO	304.476.315	AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZA
	PLAZO FINAL: 240 DIAS CALENDARIOS		SUPERVISOR: LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA

ITEMS	DESCRIPCIÓN AEROPUERTO DE GUAPI	CONDICIONES CONTRACTUALES					ACTAS DE MODIFICACION				CONDICIONES ACTUALIZADAS		EJECUTADO EN EL PERIODO		EJECUTADO ACUMULADO		
		UND.	CANT.	No. De Roserias	Vr.UNIT.	VALOR	+/-		CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	% Acum
1	ROCERIA																
1.1	ZONAS DE SEGURIDAD CABECERAS DE LA PISTA DE ATERRIZAJE ZONA EXTERNA: CASA PLANTAS, RADIO FARO, CASA CELADOR, ZONA VERDE FRENTE AL EDIFICIO ADMINISTRATIVO	M2	268.440	5	68,00	$ 91.269.600					1.342.200	$ 91.269.600	268.440	$ 18.253.920,00	268.440	$ 18.253.920,00	20%
2	LIMPIEZA DE CANALES Y MALLA PERIMETRAL																
2.1	LIMPIEZA DE CANALES EN TIERRA PARALELOS A LA PISTA DE ATERRIZAJE	ML	2.400	5	800,00	$ 9.600.000					12.000	$ 9.600.000	2.400	$ 1.920.000,00	2.400	$ 1.920.000,00	20%
2.2	LIMPIEZA DE MALLA PERIMETRAL	M2	5.750	5	270,00	$ 7.762.500					28.750	$ 7.762.500	5.750	$ 1.552.500,00	5.750	$ 1.552.500,00	20%
3	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES																
3.1	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DEL CORTE Y RETIRO DEL MATERIAL SOBRANTE DE LA ACTIVIDAD DE ROCERIA	M2	268.440	5	8,00	$ 10.737.600					1.342.200	$ 10.737.600	268.440	$ 2.147.520,00	268.440	$ 2.147.520,00	20%
3.2	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DE LA LIMPIEZA DE CANALES EN TIERRA PARALELOS A LA PISTA DE ATERRIZAJE	ML	2.400	5	350	$ 4.200.000					12.000	$ 4.200.000	2.400	$ 840.000,00	2.400	$ 840.000,00	20%
3.3	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DE LA LIMPIEZA DE LA MALLA PERIMETRAL	M2	5.750	5	150	$ 4.312.500					28.750	$ 4.312.500	5.750	$ 862.500,00	5.750	$ 862.500,00	20%
4	RECOLECCION Y RETIRO DE MATERIAL SOBRANTE																
4.1	RECOLECCION, CARGUE, TRANSPORTE,RETIRO Y DISPOSICION FINAL, DE LOS SOBRANTES DE TODAS LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE CONTRATO,DEPOSITADOS EN UN SITIO DE DISPOSICION FINAL PERMITIDO, FUERA DEL AREA PERIMETRAL DEL AEROPUERTO	GBL	1	5	2.850.000,00	$ 14.250.000					5	$ 14.250.000	1	$ 2.850.000,00	1	$ 2.850.000,00	20%
	SUBTOTAL					$ 142.132.200								$ 28.426.440		$ 28.426.440	
	IVA 19%					$ 27.005.118								$ 5.401.024		$ 5.401.024	
	TOTAL 1					$ 169.137.318								$ 33.827.464		$ 33.827.464	
ITEM	DESCRIPCION AEROPUERTO TUMACO																
5	ROCERIA																
5.1	ZONAS DE SEGURIDAD CABECERAS DE LA PISTA DE ATERRIZAJE ZONA V.O.R., ZONA POTRERO	M2	240.000	5	63,00	$ 75.600.000					1.200.000	$ 75.600.000	240.000	$ 15.120.000,00	240.000	$ 15.120.000,00	20%
6	LIMPIEZA DE CANALES Y MALLA PERIMETRAL																
6.1	LIMPIEZA DE CANALES EN TIERRA PARALELOS A LA PISTA DE ATERRIZAJE	ML	827	5	$ 800	$ 3.308.000					4.135	$ 3.308.000	827	$ 661.600,00	827	$ 661.600,00	20%
6.2	LIMPIEZA DE MALLA PERIMETRAL	M2	5.250	5	$ 270	$ 7.087.500					26.250	$ 7.087.500	5.250	$ 1.417.500,00	5.250	$ 1.417.500,00	20%
7	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES																
7.1	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DEL CORTE Y RETIRO DEL MATERIAL SOBRANTE DE LA ACTIVIDAD DE ROCERIA	M2	240.000	5	$ 8	$ 9.600.000					1.200.000	$ 9.600.000	240.000	$ 1.920.000,00	240.000	$ 1.920.000,00	20%

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL AERONAUTICA CIVIL	OBJETO:MANTENIMIENTO DE ZONAS DE SEGURIDAD Y CANALES DE LOS AEROPUERTOS DE TUMACO Y GUAPI	VALOR INICIAL	CUADRO DE CANTIDADES
			ACTA PARCIAL No.001
DESARROLLO AERPORTUARIO	AEROPUERTOS: LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI	304.476.315	
	CONTRATO No. 19000508 -H3 DE 2.019		FECHA: 18 DE JUNIO DE 2.019
	PLAZO INICIAL: 240 DIAS CALENDARIOS	VALOR FINAL	CONTRATISTA:
	PLAZO ADICIONAL: 0 DIAS CALENDARIO	304.476.315	AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZA
	PLAZO FINAL: 240 DIAS CALENDARIOS		SUPERVISOR: LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA

ITEMS	DESCRIPCIÓN AEROPUERTO DE GUAPI	CONDICIONES CONTRACTUALES					ACTAS DE MODIFICACION				CONDICIONES ACTUALIZADAS		EJECUTADO EN EL PERIODO		EJECUTADO ACUMULADO		
		UND.	CANT.	No. De Rocerias	Vr.UNIT.	VALOR	+/-		CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	% Acum
7.2	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DE LA LIMPIEZA DE CANALES EN TIERRA PARALELOS A LA PISTA DE ATERRIZAJE	ML	827	5	$ 350	$ 1.447.250					4.135	$ 1.447.250	827	$ 289.450,00	827	$ 289.450,00	20%
7.3	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DE LA LIMPIEZA DE LA MALLA	M2	5.250	5	$ 150	$ 3.937.500					26.250	$ 3.937.500	5.250	$ 787.500,00	5.250	$ 787.500,00	20%
8	RECOLECCIÓN Y RETIRO DE MATERIAL SOBRANTE																
8.1	RECOLECCION, CARGUE, TRANSPORTE,RETIRO Y DISPOSICION FINAL, DE LOS SOBRANTES DE TODAS LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE CONTRATO, DEPOSITADOS EN UN SITIO DE DISPOSICION FINAL PERMITIDO, FUERA DEL AREA PERIMETRAL DEL AEROPUERTO	GBL	1	5	$ 2.550.000	$ 12.750.000					5	$ 12.750.000	1	$ 2.550.000,00	1	$ 2.550.000,00	20%
	SUBTOTAL 2					$ 113.730.250								$ 22.746.050		$ 22.746.050	
	IVA 19%					$ 21.608.748								$ 4.321.750		$ 4.321.750	
	TOTAL 2					$ 135.338.998								$ 27.067.800		$ 27.067.800	
	COSTO DIRECTO (SUB TOTAL 1+2)					$ 255.862.450						$ 255.862.450		$ 51.172.490		$ 51.172.490	20%
	IVA 19%					$ 48.613.865						$ 48.613.865		$ 9.722.774		$ 9.722.774	
	COSTO TOTAL					$ 304.476.315						$ 304.476.315		$ 60.895.264		$ 60.895.264	

J. E. Uribe

AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A
Contratista
Rpte. Legal JULIO ERNESTO URIBE PINILLOS

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL
LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA
Supervisor

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL
VoBo. MILTON CESR SANCHEZ PEREZ
DIRECTOR AERONAUTICO (E) REGIONAL DEL VALLE

246

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL

LIQUIDACION IVA

ACTA PARCIAL No.001

CONTRATO:	19000508 - H3 - 2.019	
CONTRATISTA:	AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A	
SUPERVISOR DELEGADO UAEAC:	LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA	
COSTO TOTAL BRUTO (Costo Directo)		60.895.264
Porcentaje estimado para el A.I.U	0%	
COSTO DIRECTO Costo Total Directo		51.172.490
IVA 19% para el IVA		9.722.774

UTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A
Contratista
Rpte. Legal JULIO ERNESTO URIBE PINILLOS

NIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIV
LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA
Supervisor

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL
VoBo MILTON CESAR SANCHEZ PEREZ
DIRECTOR AERONAUTICO (E) REGIONAL DEL VALLE

AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A. - ASERTEC S.A.

NIT: 900.083.306-9 REGIMEN COMUN
Actividad Económica 7020 Tarifa AutoRenta 0,80%
CR 11 C NO. 33 B 03 CALI - VALLE DEL CAUCA
Teléfonos: 3450251 Fax:
No somos Autoretenedores - No somos Grandes Contribuyentes
Actividad ICA: 307 10,00x mil

Cliente	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL - PRINCIPAL		FACTURA DE VENTA
Dirección	AEROPOUERTO BONILLA ARAGON		**№ 1 - 2124**
Ciudad	PALMIRA VALLE DEL CAUCA	**C.C. ó NIT** 899.999.059 - 3	**Fecha** 18 JUN. 2019
País	COLOMBIA	**Zona**	**Vence** 18 JUN. 2019
Teléfono	4580000	**Fax**	**Pago** Contado
Vendedor		**e-mail**	

DESCRIPCION	Vr UNITARIO	CANTIDAD	%DSC	%IVA	%RTF	VALOR
Mantenimiento de Zonas de seguridad y canales del aeropuerto de Guapi.Contrato No. 19000508-H3-2019.	28.426.440	1	0,00	19,0	0,00	28.426.440

	Vr Base	%IVA	%IC	Vr Impuesto
	28.426.440	19,0	0	5.401.024

Despacho a PRINCIPAL
Dirección AEROPOUERTO BONILLA ARAGON
Teléfono 4580000
Ciudad PALMIRA
Departamento VALLE DEL CAUCA

Observaciones
Contrato No. 19000508-H3-2019.

SUBTOTAL	$28.426.440
- Descuento	$0
- Otr Descuentos	$0
BASE GRAVABLE	**$28.426.440**
+ IVA	$5.401.024
+ Impuesto al Consumo	$0
- Retefuente	$0
- Autorret. Renta 0,80%	$0
- ICA Retenido	$0
- IVA Retenido	$0
TOTAL NETO	**$33.827.464**

SON: TREINTA Y TRES MILLONES. OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS CON 00/100 M/L

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR (Art. 617 E.T y Decreto 1165/96 Art. 13)
El (los) comprador(es) la firma(n) en señal de aceptación y de haber recibido real y materialmente la mercancia y/o el servicio
Habilitación con Autorización Numeración de Facturación Nº 18762006285720 de 28/12/2017 desde 1 2109 hasta 1 5000 con vigencia de 24 Meses
asertecsa@hotmail.com

	Empresa	Aceptada y Recibido

AEROCIVIL
Radicado: R 2019063269 Fecha:21/08/2019 15:30:37.0
Al contestar favor citar este numero
Destinatario: GRUPO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO VALLE
Asunto: 0012 - CUENTAS
Anexos: 0 RECIBIDO



Recibido
Gladys.
Sep 20/2019

AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A.
- ASERTEC S.A.
NIT: 900.083.306-9 REGIMEN COMUN
Actividad Económica 7020 Tarifa AutoRenta 0,80%
CR 11 C NO. 33 B 03 CALI - VALLE DEL CAUCA
Teléfonos: 3450251 Fax:
No somos Autoretenedores - No somos Grandes Contribuyentes
Actividad ICA: 307 10,00x mil

Cliente	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL - PRINCIPAL		FACTURA DE VENTA
Dirección	AEROPOUERTO BONILLA ARAGON		**№ 1 - 2125**
Ciudad	PALMIRA VALLE DEL CAUCA	**C.C. ó NIT** 899.999.059 - 3	**Fecha** 18 JUN. 2019
País	COLOMBIA	**Zona**	**Vence** 18 JUN. 2019
Teléfono	4580000	**Fax**	**Pago** Contado
Vendedor		**e-mail**	

DESCRIPCIÓN	Vr UNITARIO	CANTIDAD	%DSC	%IVA	%RTF	VALOR
Mantenimiento de Zonas de seguridad y canales dél aeropuerto de Tumaco.Contrato No. 19000508-H3-2019.	22.746.050	1	0,00	19,0	0,00	22.746.050

	Vr Base	%IVA	%IC	Vr Impuesto
	22.746.050	19,0	0	4.321.750

Despacho a PRINCIPAL
Dirección AEROPOUERTO BONILLA ARAGON
Teléfono 4580000
Ciudad PALMIRA
Departamento VALLE DEL CAUCA

Observaciones
Contrato No. 19000508-H3-2019.

SUBTOTAL	$22.746.050
- Descuento	$0
- Otr Descuentos	$0
BASE GRAVABLE	**$22.746.050**
+ IVA	$4.321.750
+ Impuesto al Consumo	$0
- Retefuente	$0
- Autorret. Renta 0,80%	$0
- ICA Retenido	$0
- IVA Retenido	$0
TOTAL NETO	**$27.067.800**

SON: VEINTISIETE MILLONES SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS CON 50/100 M/L

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR (Art. 617 E.T y Decreto 1165/96 Art. 13)
El (los) comprador(es) la firma(n) en señal de aceptación y de haber recibido real y materialmente la mercancia y/o el servicio
Habilitación con Autorización Numeración de Facturación Nº 18762006285720 de 28/12/2017 desde 1 2109 hasta 1 5000 con vigencia de 24 Meses
asertecsa@hotmail.com

	Empresa	Aceptada y Recibido

Documento generado en Pymes+© por Softpymes SAS. NIT 830.506.365-7
ORIGINAL

AEROCIVIL
Radicado: R 2019063269 Fecha:21/08/2019 15:30:37.0
Al contestar favor citar este numero
Destinatario: GRUPO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO VALLE
Asunto: 0012 - CUENTAS
Anexos: 0 RECIBIDO



Recibido
Gladys.
Sep. 20/2019.

CERTIFICACION PAGO APORTES PARAFISCALES Y SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Santiago de Cali, 28 de junio de 2019

Señores
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL
REGIONAL VALLE
AEROPUERTO ALFONSO BONILLA ARAGON
PALMIRA

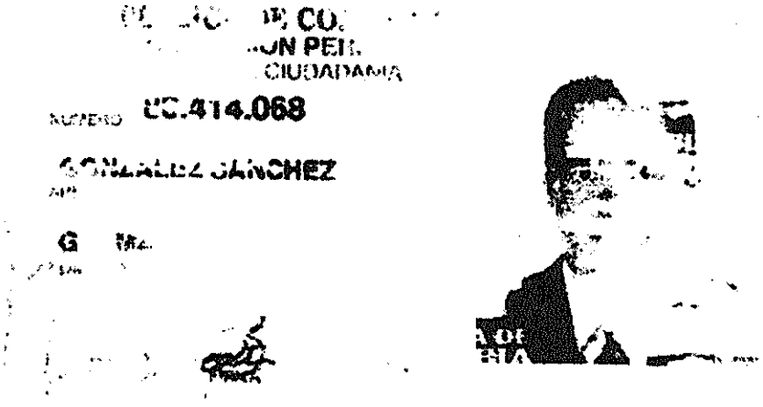
REFERENCIA. CONTRATO No. 19000508- H3 2019

Yo, GERMAN GONZALEZ SANCHEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.414.068 y con la Tarjeta Profesional No. 56.176- T en mi calidad de Revisor Fiscal de la empresa ASERTEC S.A. NIT. 900.083.306-9, manifiesto bajo la gravedad del juramento que AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A. " ASERTEC S.A.", ha cumplido con las obligaciones a los sistemas de salud, ARP, pensiones y obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de la presente certificación y a la fecha se encuentra a Paz y Salvo por estos conceptos.

Lo anterior sin perjuicio de lo dispuesto en el Decreto 1828 de 2013.

Firma_____

Nombre: GERMAN GONZALEZ SANCHEZ
C.C No. 80.414.068
T.P. No. 56.176 - T
Cargo: REVISOR FISCAL.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.414.068

GONZALEZ SANCHEZ

G [illegible]



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1967
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-AGO-1986 USAQUEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2100100-00138158-M-0080414072-20051020 01364052014 02 102298483

252

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



[redacted]

Presidente

03/91-22502

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

253

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F 4 2 9 C F 9 5 7 E 8 5 2 6 B C

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **GERMAN GONZALEZ SANCHEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 80414068 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 56176-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 12 días del mes de Junio de 2019 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL (E)

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900083306	9	AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS ESPECIALIZADOS S A	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFANDI	Carrera 1C # 33B-03	CALI-VALLE	3450251	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-04	2019-05	92934711	84929347 11	E	2019/05/03	2019/05/31	BANCO AV VILLAS	28	$1,194,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: COMFANDI (11 Afiliados)						$4,416,626	$707,500			$4,416,626	$177,200			$4,416,626	$177,200			$4,416,626	$138,200		$0	$0
Centro de Trabajo: 2,436 (11 Afiliados)						$4,416,626	$707,500			$4,416,626	$177,200			$4,416,626	$177,200			$4,416,626	$138,200		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (11 Afiliados)						$4,416,626	$707,500			$4,416,626	$177,200			$4,416,626	$177,200			$4,416,626	$138,200		$0	$0
1	CC	94129581	CAICEDO C RO	230301	13	$358,851	$57,500	EPS018	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
2	CC	1094604745	CAICEDO JOHN	230301	13	$358,851	$57,500	EPS044	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
3	CC	1110484364	CUNDUMI ANUEL	230301	13	$358,851	$57,500	EPS044	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
4	CC	87449319	ESTACIO JUAN	230301	13	$358,851	$57,500	EPS044	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
5	CC	10147127	GRUESO JESE	230301	13	$358,851	$57,500	EPS037	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
6	CC	1012440690	HURTADO JOSE	230301	13	$358,851	$57,500	EPS018	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
7	CC	1019448171	NARANJO FRANCISCO	230301	13	$358,851	$57,500	EPS037	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
8	CC	1017187829	OBREGON GUSTAVO	230301	13	$358,851	$57,500	EPS037	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
9	CC	87448019	QUIÑONES LUIS	230301	13	$358,851	$57,500	ESSC18	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
10	CC	1017778732	QUIÑONEZ JHONNY	230301	13	$358,851	$57,500	EPS037	13	$358,851	$14,400	CCF57	13	$358,851	$14,400	14-23	13	$358,851	$8,800	13	$0	$0
11	CC	16658191	URIBE JULIO	230301	30	$828,116	$132,500	EPS016	30	$828,116	$33,200	CCF57	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
Total Afiliados(11)						$4,416,626	$707,500			$4,416,626	$177,200			$4,416,626	$177,200			$4,416,626	$138,200		$0	$0

2019/05/31 12:06 PM

294

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900083306	9	AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS ESPECIALIZADOS S A	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFANDI	Carrera 1EC # 33B-83	CALI-VALLE	3450211	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-04	2019-05	9293471	8432934711	E	2019/05/03	2019/05/31	BANCO AV VILLAS	28	$1,194,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$707,500	$14,700	$0	$722,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$707,500	$14,700	$0	$722,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$108,200	$2,300	$0	$110,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	11	$108,200	$2,300	$0	$110,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$177,200	$3,700	$0	$180,900
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	11	$177,200	$3,700	$0	$180,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				11	$177,200	$3,700	$0	$180,900
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$33,200	$700	$0	$33,900
EMSSANAR	ESS018	901,021,565	8	1	$14,400	$300	$0	$14,700
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	3	$43,200	$900	$0	$44,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$57,600	$1,200	$0	$58,800
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	2	$28,800	$600	$0	$29,400
TOTAL				11	$1,170,100	$24,400	$0	$1,194,500

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900083306	9	AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS ESPECIALIZADOS S A	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFANDI	Carrera 1C # 33B-03	CALI-VALLE	3450251	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-05	2019-06	9334361 9	8493343629	E	2019/06/05	2019/06/12	BANCO AV VILLAS	7	$1,872,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: COMFANDI (11 Afiliados)							$7,038,986	$1,126,500			$7,038,986	$282,200			$7,038,986	$282,200			$7,038,986	$171,700		$0	$0
Centro de Trabajo: 2,436 (11 Afiliados)							$7,038,986	$1,126,500			$7,038,986	$282,200			$7,038,986	$282,200			$7,038,986	$171,700		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (11 Afiliados)							$7,038,986	$1,126,500			$7,038,986	$282,200			$7,038,986	$282,200			$7,038,986	$171,700		$0	$0
1	CC	94129581	CAICEDO C RO		230301	30	$828,116	$132,500	EPS018	30	$828,116	$33,200	CCF57	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
2	CC	1094604745	CAICEDO JOHN		230301	15	$414,058	$66,300	EPS044	15	$414,058	$16,600	CCF57	15	$414,058	$16,600	14-23	15	$414,058	$10,100	15	$0	$0
3	CC	1118484364	CUNDUMI MANUEL		230301	15	$414,058	$66,300	EPS044	15	$414,058	$16,600	CCF57	15	$414,058	$16,600	14-23	15	$414,058	$10,100	15	$0	$0
4	CC	87949319	ESTACIO JUAN		230301	30	$828,116	$132,500	EPS044	30	$828,116	$33,200	CCF57	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
5	CC	10147127	GRUESO JOSE		230301	15	$414,058	$66,300	EPS037	15	$414,058	$16,600	CCF57	15	$414,058	$16,600	14-23	15	$414,058	$10,100	15	$0	$0
6	CC	1012440690	HURTADO JOSE		230301	15	$414,058	$66,300	EPS018	15	$414,058	$16,600	CCF57	15	$414,058	$16,600	14-23	15	$414,058	$10,100	15	$0	$0
7	CC	1019448171	NARANJO FRANCISCO		230301	15	$414,058	$66,300	EPS037	15	$414,058	$16,600	CCF57	15	$414,058	$16,600	14-23	15	$414,058	$10,100	15	$0	$0
8	CC	1037187829	OBREGON GUSTAVO		230301	30	$828,116	$132,500	EPS037	30	$828,116	$33,200	CCF57	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
9	CC	87948019	QUIÑONES LUIS		230301	30	$828,116	$132,500	ESS018	30	$828,116	$33,200	CCF57	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
10	CC	1087778732	QUIÑONEZ JHONNY		230301	30	$828,116	$132,500	EPS037	30	$828,116	$33,200	CCF57	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
11	CC	16158291	URIBE JULIO		230301	30	$828,116	$132,500	EPS016	30	$828,116	$33,200	CCF57	30	$828,116	$33,200	14-23	30	$828,116	$20,200	30	$0	$0
Total Afiliados(11)							$7,038,986	$1,126,500			$7,038,986	$282,200			$7,038,986	$282,200			$7,038,986	$171,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900083306	9	AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS ESPECIALIZADOS S A	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFANDI	Carrera 11C # 33B-03	CALI-VALLE	3450251	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-05	2019-06	93343629	8493343629	E	2019/06/05	2019/06/12	BANCO AV VILLAS	7	$1,872,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,126,500	$5,900	$0	$1,132,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	11	$1,126,500	$5,900	$0	$1,132,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$171,700	$900	$0	$172,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	11	$171,700	$900	$0	$172,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$282,200	$1,500	$0	$283,700
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	11	$282,200	$1,500	$0	$283,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				11	$282,200	$1,700	$0	$283,900
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	1	$33,200	$200	$0	$33,400
EMSSANAR	ESS018	901,021,565	8	1	$33,200	$200	$0	$33,400
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	3	$66,400	$400	$0	$66,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$99,600	$600	$0	$100,200
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	2	$49,800	$300	$0	$50,100
TOTAL				11	$1,862,600	$10,000	$0	$1,872,600

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): LUIS ALBERTO QUINONEZ CASTILLO identificado con Cédula Ciudadanía No. 87948019, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

REPUBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Empresa Solidaria de Salud

Emssanar

¡Siempre cerca de Usted!

ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD
EMSSANAR E.S.S CODIGO ESS118 - ESSC18
RESOLUCIÓN 0150 FEB 22 DE 1996 SUPERSALUD
NIT. 814.000.337-1

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

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

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 ☑	A. Individual -Cotizante o Cabeza de Familia ☑ B. Colectiva ☐ -Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐	A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☑ 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
	CASTRO		LUIS	ALBERTO

7. Tipo de documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
CC	87947019		

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
				POSITIVA	PORVENIR

17. Ingreso Base de cotización -IBC	18. Residencia	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
828.116	Barrio 11 NOVIEMBRE			314 [illegible]

Correo electrónico	Municipio/Distrito	Zona Urbana ☐ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento
	TULUA		N/A	[illegible]

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				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot		
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. Numero del documento de Identificación	38. Tipo de a portante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
ASERTEC	V	900093306	

39. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
[illegible]	B03	314 [illegible]			

B. REPORTE DE NOVEDADES

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 ☐ 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 ☐ 59 Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial al que declare la separación de cuerpos de 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 conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad del 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación 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 documento de Identidad	Número del documento de Identidad	OBSERVACIONES:

71. Firma del funcionario

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

VIGILADO Supersalud

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUIS ALBERTO QUINONES CASTILLO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **87,948,019**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

259

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JOHN FREDY CAICEDO MONTAÑO identificado con Cédula Ciudadanía No. 1004604745, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

medimás EPS

3014678443

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒	10. Fecha de nacimiento
CC			

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	17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Municipio/Distrito	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar 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 adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
- ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	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 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 vigente y a las entidades públicas que 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

medimás EPS
PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL VALLE DEL CAUCA
22 ABR 2019
NOHORA CASTAÑO QUINTERO
C.C. 25.231.243
AGENTE COMERCIAL
SOLUCIONES EFECTIVA SAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad:	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de 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.

261

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOHN FREDY CAICEDO MONTAÑO**, identificad a) con Cédula de Ciudadania **1,004,604,745**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PEN ONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

262

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): GUSTAVO ADOLFO OBRERON QUIÑONEZ identificado con Cédula Ciudadanía No. 1087187829, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12326989

0106272149

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]		DÍA 26 MES 09 AÑO 2019

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																	
PRIMER APELLIDO: OBREGON	SEGUNDO APELLIDO: QUIÑONES	PRIMER NOMBRE: GUSTAVO	SEGUNDO NOMBRE: ANDRES														
7. TIPO DE IDENTIFICACIÓN	R.C.	T.I.	C.C. [X]	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	8. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1087187829	9. SEXO	F	M [X]	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA 15	MES 08	AÑO 1990	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	Tipo	F	N	M	Condición	T	P	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
												POSITIVA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	828.116	CRA 70 # 36	11 DE NOVIEMBRE	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
TUMACO	NARIÑO	U. [X] R. [ ]	N-T

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3162106311	NO-TIENE	0118

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE														
20. TIPO DE IDENTIFICACIÓN	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	P.E.	21. NÚMERO DE IDENTIDAD	22. SEXO	F	M	23. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO IPS		

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
ASEMTEC	C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.	900083206		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MOVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 11 33B03	CALI	VALLE	3152251		NOREPLY@FORMAS.COM

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
20 / 09 / 2019	AYUDANTE	$828.116

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN																	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE														
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	NÚMERO DE IDENTIDAD	SEXO	F	M	FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA MES AÑO	Código	COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SVS [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE	Total
Cantidad:				1						1

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

nueva eps s.a.
COD: C1926
FECHA
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

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:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR: Formas Empresariales | FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.179.437-3 TEL: 429 2100

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

porvenir

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **GUSTAVO ADOLFO OBREGON QUIÑONES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania 1,087,187,829, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JHONNY QUINONEZ CASTILLO identificado con Cédula Ciudadanía No. 1087778732, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

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

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12326986

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

0106272146

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]		DÍA 04 MES 05 AÑO 2016

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Quimanco	SEGUNDO APELLIDO: Castillo	PRIMER NOMBRE: JHONNY	SEGUNDO NOMBRE:

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.I.	C.C. [X]	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1087776732	9. SEXO	F	M [X]	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA 09	MES 11	AÑO 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	Tipo: F N M	Condición: T P	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
							Positiva

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
Porvenir	828116	CRA 76 CASA 125	Los Pinos	

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO
Turbo	Antioquia	U. [X] R. [ ]	NO TIENE

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3173606311	NO TIENE	8116

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

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	P.E.	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	F	M	23. FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CÓDIGO IPS

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
ASERTEC	C.C. C.E. P.A. C.D. NI P.E.	900083306		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL	
calle 11 32B 07	Turbo	Antioquia	3850251	NO	NOTIFICACIONES@ASERTEC.COM

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
DÍA 20 MES 04 AÑO 2016	Ayudante	828116

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	F	M	FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
		COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) deperden económicamente de mi. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE	Total
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[1]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	1

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

nueva eps s.a.
COD: C1926
FECHA
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

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:

VIGILADO Supersalud

IMPRESO POR COMPUMERCADO FORMAS EMPRESARIALES S.A. NIT 830.115.457-5 TEL. 403-2113

6007000 ENERO / 2016

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.

01-01-F-009

- 2a. COPIA: AFILIADO -

porvenir

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JHONNY QUIÑONES CASTILLO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania 1,087,778,732, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

28

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JUAN OSCAR ESTACIO identificado con Cédula Ciudadanía No. 87949319, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

medimás EPS

3014678441

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 01 04 2019

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 [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres
Primer apellido: [illegible] Segundo apellido: [illegible] Primer nombre: [illegible] Segundo nombre: [illegible]

7. Tipo documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 84444314

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 14 01 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia: 6

12. Discapacidad: Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]

13. Puntaje SISBÉN:

14. Grupo de población especial:

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: POSITIVA

16. Administradora de Pensiones: [illegible]

17. Ingreso base de cotización IBC: 828116

18. Residencia
Dirección: [illegible] Teléfono fijo: [illegible] Teléfono celular: [illegible] Correo electrónico: [illegible]
Municipio/Distrito: [illegible] Zona: Urbana [X] Rural [ ] Localidad/Comuna: [illegible] Departamento: [illegible]

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

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: ASCAR I C C

36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número de documento de identificación: 900085306

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS):

39. Ubicación
Dirección: CALLE 11 # 33B03 Teléfono: 2163106711 Correo electrónico: [illegible] Municipio/Distrito: CALI Departamento: VALLE

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:
Tipo documento de identidad: Número del documento de identidad: Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 23 04 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 y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, 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. Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 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 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

medimás EPS
RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL VALLE DEL CAUCA
12 ABR 2019

NOHORA
CASTAÑO QUINTERO
AGENTE COMERCIAL
SOLUCIONES EFECTIVA SAS

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

67. Datos del SISBÉN
Número de ficha: Puntaje: Nivel:

68. Fecha de radicación: D D M M A A A A

69. Fecha de validación: 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 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.

270

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JUAN OSCAR ESTACIO** , identificado(a) con Cédula de C dadania **87,949,319**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVEN** :

Gerente de Clientes

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JOSE JHONFREDY GRUESO GRUESO identificado con Cédula Ciudadanía No. 10347127, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 12326988

0106272148

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] D. Independiente por prestación de servicio [ ]		DÍA 09 MES 09 AÑO 2019

A. AFILIACIÓN

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS																
PRIMER APELLIDO	CRUESO	SEGUNDO APELLIDO	CRUESO	PRIMER NOMBRE	JOSE	SEGUNDO NOMBRE	FREDY									
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.I.	C.C. [X]	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10347177	9. SEXO	F	M [X]	10. FECHA NACIMIENTO	DÍA 24	MES 09	AÑO 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ETNICO	Código	12. DISCAPACIDAD	Tipo F N M	Condición T P	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
							POSITIVA

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
PORVENIR	828116	CRA 70 #36	11 SUBA	CHARC

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA U. [X] R. [ ]	TELÉFONO FIJO
TUMACO	NARIÑO		NT

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
3173106211	NO-TIENE	8118

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

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo documento de identidad C.C. C.E. P.A. C.D. N.I. P.E.	37. Número documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
ASIENTEC		900843306		

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
CALLE 11 33B02	CALI	VALLE	3695251	NT	ASCRT.COMERCIAL@ASIENTEC.COM

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	DÍA	MES	AÑO	CARGO	SALARIO
	1	7	2019	AUXILIAR	828116

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	P.A.	C.D.	S.C.	P.E.	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	F	M	FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO

42. FECHA (a partir de) DÍA MES AÑO	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
		COBERTURA GEOGRÁFICA [ ] UNIFICACIÓN GRUPO FAMILIAR [ ] CUMPLIMIENTO TIEMPO POR CESIÓN [ ] SERVICIO AVALADO POR SNS [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación 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. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PE
Cantidad:				1					

Total 1

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

nueva eps s.a. cod. c1926 FECHA 11/09/19 RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

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:

IMPRESO POR COMPUTER FORMS COLOMBIA LTDA. NIT 830.019.479-5 TEL. 430-7110

Vigilado Supersalud

6007000 ENERO / 2016

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

2a. COPIA: AFILIADO -

01-01-F-009

porvenir

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE JHON FREDY GRUESO GRUESO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **10,347,127**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): MANUEL GREGORIO CUNDUMI CAICEDO identificado con Cédula Ciudadanía No. 1110484364, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

medimás EPS

3014678442

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 14 04 2019

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 o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 1

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
(illegible)	Calderón	Mauricio	Orozco

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1110499364	Femenino [ ] Masculino [X]	16 / 06 / 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M; Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
6			

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
POSITIVA	PORVENIR	828.116

18. Residencia – Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CRA 6a #19-23		3156210727	

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
Palmira	Urbana [X] Rural [ ]		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres – Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	(illegible)	
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 de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
MSERVICC	NIT	900083-506	

39. Ubicación – Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CRA 11 #33C-03	2727067111		Cali	Valle

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación – Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	14 04 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 y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas del sector salud que la requieran.
- [X] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2013.
- [X] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

medimás EPS
RADICADO PARA VOTACIÓN EPS
REGIONAL VALLE DEL CAUCA
23 ABR 2019
NOHORA CASTAÑO QUINTERO
C.C. 25.231.243
Delegada
SOLUCIONES EFECTIVA SAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad:

CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial – Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN – Número de 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 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.

EMI

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MANUEL GREGORIO CUNDUMI CAICEDO**, identifica o(a) con Cédula de Ciudadania **1,110,484,364**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PEN: ONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): CIRO ALFONSO CAICEDO VIAFARA identificado con Cédula Ciudadanía No. 94329581, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SOS
Servicio Occidental de Salud

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	28/03/2019

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS [ ]

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

6. Apellidos y nombres					
CALCEDO	VILLAMIZAR	CIRO	ALONSO		
7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento
CC	94329581		F [ ]	M [X]	06/03/1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización -IBC
POSITIVA	PORVENIR	$2'811'6

18. Residencia			
CRA 3 #1N-15 APTO 1 BUENAVENTURA	Zona	Urbana [ ]	
		Rural [ ]	

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
FECHA
22 ABR 2019
Hora: 10:47:27
Cédula Asesor 31.262.152
Código Asesor 126

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	21. Número de documento de identidad	22. Sexo		23. Fecha de nacimiento
[ ]		F [ ]	M [ ]	

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	28. Fecha de Nacimiento
B1				F [ ] M [ ]	
B2				F [ ] M [ ]	
B3				F [ ] M [ ]	
B4				F [ ] M [ ]	
B5				F [ ] M [ ]	

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición 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 de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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 de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ASENTEC	NIT	900083306	

39. Ubicación: CALLE 33 B 03 | 345 02 51 | Correo electrónico | CALI | VALLE

21

porvenir

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CIRO ALFONSO CAICEDO VIAFARA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **94,329,581**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

240

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): FRANCISCO JAVIER NARANJO HINESTROZA identificado con Cédula Ciudadanía No. 1059448171, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

Datos de la afiliación EPS Asmet Salud

NOMBRE COMPLETO DEL COTIZANTE:	NARANJO HINESTROZA FRANCISCO
CEDULA DE CIUDADANIA:	1059448171
CIUDAD DE EXPEDICION:	GUAPI
FECHA DE NACIMIENTO:	29-05-1992
DIRECCION RESIDENCIA:	
BARRIO:	
TELEFONO:	317
CELULAR:	317 831 7811
EMAIL COTIZANTE:	
CIUDAD DE RESIDENCIA:	
FONDO DE PENSIONES:	PORVENIR
ESTADO CIVIL:	
NIVEL EDUCACION:	
NOMBRE EMPRESA:	ASERTEC
NIT EMPLEADOR:	900083306
FECHA DE INGRESO:	20-04-2019
SALARIO:	828116
EMAIL EMPRESA:	
CARGO U OCUPACION:	AYUDANTE
ADMINISTRADORA RIEGOS LABORALES	POSITIVA
TIPO DE EMPLEADO: (DEPENDIENTE O APRENDIZ)	
TIPO DE ETAPA: (LECTIVA O PRODUCTIVA)	

IMPORTANTE : Estimado empleador este documento no constituye formulario por lo cual es importante que nos retornen firmados los soportes de la presente afiliacion (ESCANEADOS), los cuales le seran enviados por CORREO ELECTRONICO y son de caracter obligatorio para la legalizacion de la misma, si tiene alguna duda por favor contactarse con nosotros: Stiven Villa Muñoz, correo: gestor.cali@asmetsalud.org.co.

ASMET SALUD EPS SAS
SEDE VALLE

22 ABR 2019

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FRANCISCO JAVIER NARANJO HINESTROZA**, dentifi ido(a) con Cédula de Ciudadania **1,059,448,171**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PEN ONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor (a): JOSE DANILO HURTADO CUNDIMI identificado con Cédula Ciudadanía No. 1042440690, de la empresa ASERTEC SA está afiliado(a) a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS desde el 18/04/2019 con riesgo 4 y se encuentra ACTIVO.

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de abril de 2019

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado impreso por la pagina web https://www.positivaenlinea.gov.co/nuevo/

Servicio Occidental de Salud

República de Colombia
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. DATOS DEL TRÁMITE

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	21 04 2019

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Novedad [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código a registrar por la EPS [ ]

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

6. Apellidos y nombres			
HURTADO	CUNDUMI	JOSE	DANILO
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1042440690	9. Sexo: F [ ] M [X]	10. Fecha de nacimiento: 15 / 04 / 1984

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	17. Ingreso base de cotización -IBC
POSITIVA	PORVENIR	$ 828.116

18. Residencia — Zona: Urbana [ ] Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
20. Tipo de documento	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: F [ ] M [ ]	23. Fecha de nacimiento

RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN — 22 ABR 2019 — Hora: 4:44 PM — Cédula Asesor: 31.262.152 — Código Asesor: 124

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	28. Fecha de Nacimiento
B1				F [ ] M [ ]	
B2				F [ ] M [ ]	
B3				F [ ] M [ ]	
B4				F [ ] M [ ]	
B5				F [ ] M [ ]	

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
ASENTEC	NIT	900083306	

39. Ubicación: Calle 1 # 33 B03 | 3452851 | Correo electrónico | Cali | Valle

28

porvenir

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE DANILO HURTADO CUNDUMI**, ider tificad a) con Cédula de Ciudadania **1,042,440,690**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PEN: ONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

Gerente de Clientes

CONTENIDO DEL INFORME

1. CONDICIONES DEL CONTRATO 1
2. OBJETO DEL CONTRATO 1
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 1
4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 3
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. 4
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 5

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato: 19000508 – H3 de la vigencia 2019..
Nombre del Contratista: AERONAUTICOS SERVICIOS TECNICOS Y ESPECIALIZADOS S.A (ASERTEC S.A)
Periodo informe: Entre el día 25 de abril hasta el día 18 de junio de 2.019
Nombre de Supervisor: LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA
Nombre del Interventor: (No aplica)
Área perteneciente: INFRAESTRUCTURA

2. OBJETO DEL CONTRATO:

MANTENIMIENTO DE LAS ZONAS DE SEGURIDAD Y LIMPIEZA DE CANALES DE LOS AEROPUERTOS DE TUMACO Y GUAPI

3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

La firma contratista realizo las siguientes actividades:

AEROPUERTOS JUAN CASIANO SOLID DE GUAPI – CAUCA Y LA FLORIDA DE TUMACO NARIÑO

- ROCERIA
- LIMPIEZA DE CANALES Y MALLA PERIMETRAL
- CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES
- RECOLECCION Y RETIRO DE MATERIAL SOBRANTE

3.2. OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

Principio de Procedencia:	Título: FORMATO No. 7 PROPUESTA ECONOMICA O ITEMS A COTIZAR

OBJETO: MANTENIMIENTO DE ZONAS DE SEGURIDAD Y CANALES DE LOS AEROPUERTOS DE TUMACO Y GUAPI

ITEM	DESCRIPCION AEROPUERTO GUAPI	UNIDAD	CANTIDAD	V. UNITARIO	No. DE ROCERIAS	VALOR PARCIAL
1	ROCERIA					
1.1	ZONAS DE SEGURIDAD CABECERAS DE LA PISTA DE ATERRIZAJE ZONA EXTERNA: CASA PLANTAS, RADIO FARO, CASA CELADOR, ZONA VERDE FRENTE AL EDIFICIO ADMINISTRATIVO	M2	$ 268.440	$ 68	1	$ 18.253.920,00
2	LIMPIEZA DE CANALES Y MALLA PERIMETRAL					
2.1	LIMPIEZA DE CANALES EN TIERRA PARALELOS A LA PISTA DE ATERRIZAJE	ML	$ 2.400	$ 800	1	$ 1.920.000,00
2.2	LIMPIEZA DE MALLA PERIMETRAL	M2	$ 5.750	$ 270	1	$ 1.552.500,00
3	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES					
3.1	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DEL CORTE Y RETIRO DEL MATERIAL SOBRANTE DE LA ACTIVIDAD DE ROCERIA	M2	$ 268.440	$ 8	1	$ 2.147.520,00
3.2	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DE LA LIMPIEZA DE CANALES EN TIERRA PARALELOS A LA PISTA DE ATERRIZAJE	ML	$ 2.400	$ 350	1	$ 840.000,00
3.3	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DE LA LIMPIEZA DE LA MALLA PERIMETRAL	M2	$ 5.750	$ 150	1	$ 862.500,00
4	RECOLECCION Y RETIRO DE MATERIAL SOBRANTE					
4.1	RECOLECCION, CARGUE, TRANSPORTE, RETIRO Y DISPOSICION FINAL, DE LOS SOBRANTES DE TODAS LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE CONTRATO, DEPOSITADOS EN UN SITIO DE DISPOSICION FINAL PERMITIDO, FUERA DEL AREA PERIMETRAL DEL AEROPUERTO	GLOBAL	$ 1	$ 2.850.000	1	$ 2.850.000,00
ITEM	DESCRIPCION AEROPUERTO TUMACO	UNIDAD	CANTIDAD	V. UNITARIO	No. DE ROCERIAS	VALOR PARCIAL
5	ROCERIA					
5.1	ZONAS DE SEGURIDAD CABECERAS DE LA PISTA DE ATERRIZAJE ZONA V.O.R	M2	$ 240.000	$ 63	1	$ 15.120.000,00
6	LIMPIEZA DE CANALES Y MALLA PERIMETRAL					
6.1	LIMPIEZA DE CANALES EN TIERRA PARALELOS A LA PISTA DE ATERRIZAJE	ML	$ 827	$ 800	1	$ 661.600,00
6.2	LIMPIEZA DE MALLA PERIMETRAL	M2	$ 5.250	$ 270	1	$ 1.417.500,00
7	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES					
7.1	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DEL CORTE Y RETIRO DEL MATERIAL SOBRANTE DE LA ACTIVIDAD DE ROCERIA	M2	$ 240.000	$ 8	1	$ 1.920.000,00
7.2	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DESPUES DE LA LIMPIEZA DE CANALES EN TIERRA PARALELOS A LA PISTA DE ATERRIZAJE	ML	$ 827	$ 350	1	$ 289.450,00
7.3	CONTROL DE VECTORES Y ROEDORES POR ASPERSION DE	M2	$ 5.250	$ 150	1	$ 787.500,00
8	RECOLECCION Y RETIRO DE MATERIAL SOBRANTE					
8.1	RECOLECCION, CARGUE, TRANSPORTE, RETIRO Y DISPOSICION FINAL, DE LOS SOBRANTES DE TODAS LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN ESTE CONTRATO, DEPOSITADOS EN UN SITIO DE DISPOSICION FINAL PERMITIDO, FUERA DEL AREA PERIMETRAL DEL AEROPUERTO	GLOBAL	$ 1	$ 2.550.000	1	$ 2.550.000,00
COSTOS TOTALES						$ 51.172.490,00
IVA						$ 9.722.773,00
TOTAL PROYECTO						$ 60.895.263,00

Clave: GCON-1.0-12-16
Versión: 01
Fecha: 28/01/2016
Página: 1 de 1

288

3.3. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS: (No aplica)

4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS.

- Se hizo el mantenimiento de las MANTENIMIENTO DE LAS ZONAS DE SEGURIDAD Y LIMPIEZA DE CANALES DE LOS AEROPUERTOS LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI, sabiendo que es una de las tantas obligaciones y responsabilidad que tiene la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil en cada uno de sus aeropuertos, siendo este uno de los puntos fundamentales para garantizar una buena seguridad aeroportuaria

  En el marco del programa de Seguridad aeroportuaria se hizo este proyecto, lo realiza la Aeronáutica Civil Regional Valle, bajo todas las condiciones que exige las Leyes De acuerdo a la cuantía del objeto a contratar, cual es la contratación de menor cuantía, la modalidad de selección de contratistas es la indicada en el literal b) del numeral 2° del artículo 2° de la Ley 1150 de 2007 y deberá seguir el procedimiento para la selección abreviada de menor cuantía descrito en el Artículo 2.2.1.2.1.2.20 del Decreto 1082 de 2015 y demás normas concordantes

- MANTENIMIENTO DE LAS ZONAS DE SEGURIDAD LOS AEROPUERTOS LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI, se ejecutó de acuerdo con los valores contratados y pactados en el Contrato original y en la ejecución del contrato.

- LA LIMPIEZA DE CANALES DE LOS AEROPUERTOS LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI, se ejecutó de acuerdo con los valores contratados y pactados en el Contrato original y en la ejecución del contrato

- El CONTROL DE VECTORES A TRAVÉS DE LA FUMIGACIÓN POR ASPERSIÓN, DE LOS AEROPUERTOS LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI, se ejecutó de acuerdo con los valores contratados y pactados en el Contrato original y en la ejecución del contrato

- En el periodo de ejecución de la rocería, limpieza de canales y el control de vectores y roedores con la fumigación a cielo abierto fue entre el día 25 de abril hasta el día 18 de junio de 2.019 (55 Días Calendarios), se ejecutó el 20% del presupuesto de la prestación de servicios 19000508 - H3 DE 2.019

- Que el Contratista ASERTEC S.A ejecutó las actividades de rocería, limpieza de canales y el control de vectores y roedores con la fumigación a cielo abierto de acuerdo a lo indicado en las especificaciones suministradas por la U.A.E.A.C.

- Que el contratista hizo énfasis en el cuidado del personal y el medio ambiente

  Físicos: Exposición a altas temperaturas generadas Causa deshidratación; exposición a vibraciones en el cuerpo por transmisión por el mango y por motor: le suministro su indumentaria adecuada

  Biológicos: Picadura o mordedura de insectos, ofidios, roedores y reptiles, así como plantas dermoirritantes. Al personal se le solicito aplicar Las recomendaciones dictadas en la charla de salud ocupacional, por el encargado del COPASST.

Ambiental: Contaminación visual, contaminación del suelo y/o del agua por mala disposición de envases de agroquímicos, aceites o combustibles y por empaques de comida. Las personas encargadas del corte y recolección de la materia sobrante de la rocería aplicaron las recomendaciones para este tema hechas en las especificaciones técnicas

- Que la Supervisaría recibió el servicio de la rocería, MANTENIMIENTO DE LAS ZONAS DE SEGURIDAD Y LIMPIEZA DE CANALES DE LOS AEROPUERTOS LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI, teniendo en cuenta lo indicado en las especificaciones técnicas del contrato y de acuerdo con las verificaciones efectuadas por el Supervisor.

- Que los MANTENIMIENTO DE LAS ZONAS DE SEGURIDAD Y LIMPIEZA DE CANALES DE LOS AEROPUERTOS LA FLORIDA DE TUMACO Y JUAN CASIANO SOLIS DE GUAPI, se ejecutaron dentro del plazo contractual y se recibió a entera satisfacción por parte del Supervisor Delegado por la U.A.E.A.C.

5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

5.1. ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO:

(El supervisor del contrato de acuerdo con los riesgos definidos en la matriz de riesgos de los estudios previos de este contrato, dará respuesta a las siguientes preguntas)

1	¿Durante la ejecución se materializó algún riesgo?	NO
2	Tipo de riesgo	
3	¿Cómo se materializó el riesgo?	
4	¿Cómo se mitigó el riesgo?	
5	¿Fue oportuna la mitigación?	
OBSERVACIONES:		

5.2. VERIFICACIÓN de obligaciones frente al SGSST

5.2.1 EXAMEN OCUPACIONAL

(El supervisor del contrato de acuerdo con el Decreto 0723 de 2013 deberá verificar que los exámenes ocupacionales de los que habla el artículo 18 se encuentren vigentes para la ejecución del contrato, en caso de no ser así solicitar la renovación del mismo, razón por la cual debe diligenciar la matriz a continuación)

¿CUENTA CON EL EXAMEN PREOCUPACIONAL VIGENTE?	
SI	**NO**
¿FUE ENTREGADA LA COPIA DEL EXAMEN A LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS SRH-GSST?	
SI	**NO**

290

En caso de ser afirmativas las anteriores respuestas, por favor diligencie la siguiente información:

FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN	FECHA DE VENCIMIENTO DEL EXAMEN

5.2.2. CAPACITACION EN EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
(El supervisor del contrato de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 deberá verificar que el contratista asistió a la capacitación en el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo del que habla el artículo 2.2.4.6.11)

¿ASISTIO A LA CAPACITACION EN EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO?	
SI	NO
FECHA DE REALIZACION DE LA CAPACITACION	
12 de abril de 2.019	

5.3. PUBLICACION DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

(El supervisor del contrato deberá publicar el informe inmediatamente anterior en la plataforma de SECOP II una vez esta esté operando en la Aerocivil, e informarlo en la matriz relacionada a continuación, deberán relacionar tantos informes hayan sido pactados en el contrato)

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1		
2		
3		
4		
5		

NOTA: este cuadro deberá ser diligenciado a partir del **momento en que la Dirección administrativa informe.**

6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

6.1. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS:

el avance presupuestal 20% en este periodo ejecutado

6.2. AVANCE EN EL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO RESPECTO DE LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS. NO APLICA

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo a lo descrito.

El contrato no presenta a la fecha dificultades en su ejecución, ni situaciones exógenas que afecten el normal desarrollo del mismo.

NOMBRE SUPERVISOR: LUIS ANGEL CAICEDO MOSQUERA
IDENTIFICACIÓN: 16.500.040
SUPERVISOR

NOTA: SI EL SUPERVISOR DEL CONTRATO REQUIERE AÑADIR CAMPOS PARA RENDIR SU INFORME PUEDE HACERLO.