SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: YULIETH ANDREA MEDINA CEBALLOS
CC: 1080295328
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S	Azul Oscuro
2	Jeans	8	Azul Oscuro
1	Botas	38	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

Yulieth A. Medina Ceballos
Recibido por
1080295328

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
NIT. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ANETH YAMILE ARCE CACHAYA
CC: 36065601
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	12	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones
Temporales S.A.S.

Entregado por

Recibido por
36.065.601

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ADRIANA TRUJILLO CEDEÑO
CC: 55168114
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	14	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por S.A.S.

Recibido por 55168114

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ANA TILDE RODIRUGEZ LEON
CC: 26575991
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XXL	Azul Oscuro
2	Jeans	16	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Recibido por
26.575.991.

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, emplece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por si misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JENNY CAROLINA AVILA AGUIRRE
CC: 1075250159
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XXXL	Azul Oscuro
2	Jeans	24	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

1075250159

Entregado por

Recibido por



Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: MAIRA YURANY CHILA TIERRADENTRO
CC: 1084868926
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	L	Azul Oscuro
2	Jeans	14	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

Maira Yurany Chila
Recibido por
1084868926



Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT: 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: NOHEMY QUINTERO JIMENEZ
CC: 1075599811
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S	Azul Oscuro
2	Jeans	8	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

1075599811
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
NIT. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: STEFANNY OYOLA TAPIERO
CC: 1075258103
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M ✓	Azul Oscuro
2	Jeans	10 ✓	Azul Oscuro
1	Botas	39 ✓	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

Stefanny Oyola Tapiero
1.075258103
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ANDREA YOHANA TIJARO DIAZ
CC: 1082804799
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	L	Azul Oscuro
2	Jeans	16	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

ANDREA TIJARO DIAZ

Recibido por
1082804799 DE NEIVA

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
NIT. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ALEJANDRA PEREZ COBA
CC: 1075260414
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	24 18	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Alejandra Perez Coba
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, emplece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: FARLY JULIETH TRUJILLO RICO
CC: 1080293817
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	L	Azul Oscuro
2	Jeans	10	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

Farly Julieth Trujillo Rico

Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JIMMY RAUL DELGADO LEYVA
CC: 7691929
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	L	Azul Oscuro
2	Jeans	36	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Recibido por
7691929

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: SANDRA LILIANA DUSSAN MEDINA
CC: 1075230733
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	16	Azul Oscuro
1	Botas	40 OK	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

Sandra Dussan
Recibido por 1075230733

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
NIT. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: EDNA YURANY GUTIERREZ ANDRADE
CC: 1080291338
Cargo: ENCUESTADOR 32. 311 0130
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XXXL plus	Azul Oscuro
2	Jeans	24 plus	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Edna Yurany Gutierrez
CC: 1080291338
Recibido por



Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JULIETH SAMARY SANCHEZ MOSQUERA
CC: 1075311189
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	22	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

Julieth Sanchez
Recibido por 1075311189

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ANYI VANESSA QUIROGA TAPIERO
CC: 1075262793
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XXL	Azul Oscuro
2	Jeans	16	Azul Oscuro
1	Botas	37	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el articulo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

Anyi Quiroga 1075262793
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros Interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JUAN MANUEL GARCIA LLANOS
CC: 1075248150
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	30	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

1075248150
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: YESSICA ANDREA QUIÑONEZ OSPINA
CC: 1060206671
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S ✓	Azul Oscuro
2	Jeans	6 ✓	Azul Oscuro
1	Botas	36 (37) ✓	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

1060206671
a Yessica Andrea Quiñonez

Entregado por

Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ADRIANA MARIA MUÑOZ
CC: 1075288088 315 329 3597
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	12 26 V	Azul Oscuro
1	Botas	37	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Adriana Muñoz 1075288088

Entregado por

Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: LUZ DARY ARCINIEGAS PRECIADO
CC: 55157196
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M ✓	Azul Oscuro
2	Jeans	12 ✓	Azul Oscuro
1	Botas	35 ✓	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Luz Dary Arciniegas
Recibido por
CC 55157196

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: NANCY CHALA CASTAÑEDA
CC: 55152669
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S ✓	Azul Oscuro
2	Jeans	10 ✓	Azul Oscuro
1	Botas	35 ✓	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por SOLTEMPO S.A.S.

Nancy Chala C

Recibido por
55152669

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por si misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JORGE LEONARDO PUENTES CHARRY
CC: 1075243537
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	30	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

1075243537
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JUAN SEBASTIAN CLEVES VARGAS
CC: 1075264964
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	30	Azul Oscuro
1	Botas	42	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

JUAN S. CLEVES
1075264964
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: DIEGO ARMANDO MONJE CHAVARRO
CC: 7729885
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	30	Azul Oscuro
1	Botas	43	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

Diego Armando Monje Ch
Recibido por CC 7729885

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: DIEGO ARMANDO CARVAJAL LEYVA
CC: 1084866315
Cargo: COORDINADOR DE CAMPO
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	42	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

Recibido por

1084866315

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: EDER GIOVANNY LOSADA LOSADA
CC: 83235555
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Recibido por CC 83.

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900-402-861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ALEXANDER OSPINA URUEÑA
CC: 7692086
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

7692080 Neiva
Recibido por



Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: LUIS EDUARDO PRIETO POLANCO
CC: 1080362034
Cargo: COORDINADOR DE CAMPO
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Recibido por 1080362034

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ORLANDO MONTOYA RAMIREZ
CC: 12108365
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	38	Negro.

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

12.108360
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: OSCAR IVAN LOSADA
CC: 12370555
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	✓ Jeans	32	Azul Oscuro
1	✓ Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Oscar Ivan Losada C 12370555

Recibido por



Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: REINEL MAURICIO ESPAÑA
CC: 1075241676
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Reinel Mauricio España
1075241676
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: RODRIGO ALFONSO ZAMUDIO BRAVO
CC: 79628598
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	39	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

79'628.598.

Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por si misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: YONI FABIAN ZARTE ROMERO
CC: 7700676
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

Recibido por 7700676

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: DANIEL FELIPE TRUJILLO BARRIOS
CC: 1084923833
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Recibido por
CC. 1084923833

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ARNOLD JAMPIER GONZALEZ ARAQUE
CC: 1081158221
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	32	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Entregado por

Arnold Jampier Gonzalez Araque
Recibido por 1081158221



Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JOSE ALEXANDER PUENTES VIDAL
CC: 83228903
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M ✓	Azul Oscuro
2	Jeans	32 ✓	Azul Oscuro
1	Botas	40 ✓	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

José Alexander Puentes
Recibido por
83'228903

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
NIT. 900.402.661-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.661-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: RODRIGO ANDRES OSORIO MOORE
CC: 1080296188
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	L	Azul Oscuro
2	Jeans	34	Azul Oscuro
1	Botas	43	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

Rodrigo Andres Osorio Moore

Recibido por 1.080296188

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
NIT. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: EDER PAOLO MURCIA QUIMBAYO
CC: 7722579
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	L	Azul Oscuro
2	Jeans	34	Azul Oscuro
1	Botas	42	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

EDER PAOLO MURCIA Q.

Recibido por 7722579

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: OSCAR YESID CASTRO SUAREZ
CC: 1075273906
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	34	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

Oscar Yesid Castro Suarez
Recibido por 1075273906

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: CRISTIAN CAMILO MURCIA QUIMBAYA
CC: 1075228054
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	34	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO

Entregado por

Cristian Camilo Murcia

Recibido por 1075228054

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: HILDER ALEXANDER GAMBOA GUTIERREZ
CC: 1075253761
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	✓Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	✓Jeans	36	Azul Oscuro
1	✓ Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Hilder Gamboa.
Recibido por 1075253761

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: HOLMAN GUSTAVO PUENTES DURAN
CC: 7714194 312 590 2782
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	36	Azul Oscuro
1	Botas	42	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Recibido por 7714194

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ALEXANDER CHAVARRO MORENO
CC: 7695548
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	36	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por.

Recibido por 7'695.

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, emplece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JORGE ENRIQUE VELASQUEZ UPEGUI
CC: 89006476
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	36	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

89006476
Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT: 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: JULIAN DAVID HERNANDEZ MORENO
CC: 1075304875
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	38	Azul Oscuro
1	Botas	41	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones

Entregado por

1075304875

Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

OK

Señor (a)
Nombre: OSCAR JULIAN COLMENARES ORTIZ
CC: 1075229017
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	38	Azul Oscuro
1	Botas	43	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

Oscar Julian Colmenares

Recibido por
1075229017

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ANDRES FELIPE GUTIERREZ
CC: 1075210985
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XXL	Azul Oscuro
2	Jeans	42	Azul Oscuro
1	Botas	43	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones
Temporales S.A.S.

Entregado por

Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: LEONARDO FRANCISCO CABRERA CRUZ 320 354 1226
CC: 7696092
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XXXL	Azul Oscuro
2	Jeans	44	Azul Oscuro
1	Botas	44 plc	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Recibido por C.C. 7.696092

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: BRAYANTH STIVEN BUENDIA LEMUS
CC: 1075283774
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S	Azul Oscuro
2	Jeans	28	Azul Oscuro
1	Botas	40	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

1075283774
Recibido por



Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
NIT. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: GLORIA PATRICIA TRUJILLO ROA
CC: 26585607
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XL	Azul Oscuro
2	Jeans	16	Azul Oscuro
1	Botas	37	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Recibido por 26585607

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ANDREA LORENA REYES GONZALEZ
CC: 36308704
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S	Azul Oscuro
2	Jeans	8	Azul Oscuro
1	Botas	36	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

Andrea Lorena Reyes G

Recibido por 36-308704

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: CATERINE QUIGUA HINCAPIE
CC: 1040041785
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S	Azul Oscuro
2	Jeans	8	Azul Oscuro
1	Botas	36	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

CATERINE QUIGUA H.
Recibido por
1040041785

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, emplece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: CINDY ANDREA MEDINA VARGAS
CC: 1075239594
Cargo: SUPERVISOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	L ✓	Azul Oscuro
2	Jeans	16 ✓	Azul Oscuro
1	Botas	36 ✓	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

Cindy A. Medina Vargas
Recibido por 1075239594

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: DIANA VIVIANA CORDOBA CASTAÑEDA
CC: 1080360413
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S ✓	Azul Oscuro
2	Jeans	8 ✓	Azul Oscuro
1	Botas	36 ✓	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Entregado por

Diana V. Cordoba
Recibido por 1080360413

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: INGRID GISEELLA RAMIREZ CARDONA
CC: 1075284228
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	14	Azul Oscuro
1	Botas	36	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO
Soluciones
Temporales S.A.S.

Entregado por

Ingrid Giselle Ramirez C
Recibido por 1075284228

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
NIT. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT.900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: NATALY DIAZ GARCIA
CC: 1015402260
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	XS	Azul Oscuro
2	Jeans	6	Azul Oscuro
1	Botas	36	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

1015402260 B
x Nataly Diaz Garcia

Recibido por

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT:900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: OLGA PATRICIA VALDERRAMA TRIANA
CC: 36301638
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	S	Azul Oscuro
2	Jeans	8	Azul Oscuro
1	Botas	36	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

SOLTEMPO Soluciones Temporales S.A.S.

Entregado por

OLGA PATRICIA VALDERRAMA

Recibido por 36301638

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la Información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT: 900.402.861-5
Suministramos Personal de Calidad

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: YICELA SALINAS OLAYA
CC: 1080290750
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	12	Azul Oscuro
1	Botas	36	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por

Yicela salinas olaya
Recibido por
1080290750

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de Información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S
NIT. 900.402.861-5
ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

018-FO-TH-V0
Febrero 06 de 2018

PERIODO DE DOTACIÓN PRIMERA ENTREGA

Señor (a)
Nombre: ANGELA ALICIA VANEGAS CORTES
CC: 36308568
Cargo: ENCUESTADOR
Empresa en Misión: ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO MUNICIPAL PARA LA IMPLEMENTACION DE LA NUEVA METODOLOGIA DEL SISBEN IV EN EL MUNICIPIO DE NEIVA CONTRATO No 1051 DE 2019
Ciudad

Con la presente acta se le hace entrega de la siguiente dotación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
2	Camisa Manga Larga	M	Azul Oscuro
2	Jeans	12	Azul Oscuro
1	Botas	37	Negro

El trabajador manifiesta que: Recibo del empleador, dentro de la fecha establecida por la ley, la dotación idónea para ejecutar las labores contratadas conforme a lo indicado en el artículo 230 y siguientes del Código Sustantivo del Trabajo (CST)

Entregado por S.A.S.

Recibido por 36308568

Nota Habeas Data: De conformidad con el Decreto 1377 del 2013 y ley 1581 de 2012, con la presente solicitud remito expresa autorización a la compañía para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada a que como operador de información, empiece o continúe con el almacenamiento, uso, circulación y tratamiento de los datos del que soy titular por lo que podrá ser transmitida a colaboradores para el cumplimiento de sus funciones, clientes, autoridades, y otros interesados, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante de un grupo empresarial. Esta autorización comprende la información que se hubiere suministrado y que se suministre en el futuro verbalmente o por escrito con ocasión de la presente solicitud, así mismo acepto recibir comunicaciones, citaciones y/o notificaciones judiciales o extrajudiciales a cualquiera de los medios de contacto que a continuación diligenciaré, así autorizo plenamente a la compañía y empresas relacionadas para administrar, conservar, transferir, publicar, manejar, tratar, recolectar, almacenar, usar, circular o suprimir los datos personales suministrados.

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: jueves, 05 de septiembre de 2019 03:56 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Adriana Maria Muñoz Palomino
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1075288088
Fecha de ingreso: 2019-08-31
Número radicado: 1497648
Fecha de respuesta: 05-09-2019 03:56:06 PM

Observaciones:
Afiliación aprobada para subsidio*2, presentar la fotocopia de la tarjeta de identidad de joseph

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 30 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075288086	MUÑOZ PALOMINO ADRIANA MARIA	31/08/2019		142J2383	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924263110

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ADRIANA MARIA MUÑOZ PALOMINO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,075,288,088**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

medimás EPS No. 301 5897737

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: 2019 08 20

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 [ ] 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

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

A. AFILIACION

6. Apellidos y nombres: Primer apellido: MUÑOZ | Segundo apellido: VALENCIA | Primer nombre: ADRIANA | Segundo nombre: MARIA
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1075283088
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 1994 04 19

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [F N M] Condición [T P]
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: 900.000
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

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

Datos complementarios

29. Parentesco
30. Etnia
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)

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
C
5
5
6
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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: SALTEWTO
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 900077384
38. Tipo de aportante o cajas de pensiones (a registar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: CL 7 # 10-27 | Teléfono: 8733088 | Correo electrónico | Municipio/Distrito: NEIVA | Departamento: HUILA

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: 2019 08 20
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 interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: 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 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.

31 AGO 2019

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: C1777569 4

Recuerda 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.

EMPLEADOR – ENTIDAD TERRITORIAL

CCF050150-69

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: miércoles, 11 de septiembre de 2019 06:27 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Adriana Marcela Romero Muneton
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 26428327
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1502068
Fecha de respuesta: 11-09-2019 06:26:43 PM

Observaciones:
PTE TARJETA DE IDENTIDAD PARA BENEFICIARIOS DE 7 AÑOS EN ADELANTE Y CERTIFICAI

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

© Comfamiliar del Huila 2019

ARL | sura

Medellín, 28 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C26428327	ROMERO MUÃETON ADRIANA MARCELA	29/08/2019		62241862	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924069422

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el null .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ADRIANA MARCELA ROMERO MUÑETON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **26,428,327**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Coomeva | EPS

RADICADO

No. 24944417

Fecha de Radicación: 29/08/2019

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones de diligenciamiento antes de llenar este formulario. Todos los datos son necesarios)

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

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	01

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
ROMERO (Primer apellido)	MUÑETON (Segundo apellido)	ADRIANA (Primer nombre)	MARCELA (Segundo nombre)

7. Tipo documento de Identidad	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	26428327	Femenino [X] Masculino [ ]	05/06/1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
06	Tipo [F N M] Condición [T P]		00

15. Administradora de Riegos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de Cotización - IBC
SEGUROS DE VIDA SURAMERIC	003 / PORVENIR	900,000

18. Residencia			
CLL 25A 34A 45 BARRIO OAS (Dirección)	8737028 (Teléfono fijo)	3133090843 (Teléfono Celular)	adrianamarcelajuntos@gmail.com (Correo electrónico)

41001 / NEIVA (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad/Comuna	41 / HUILA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo de documento de Identidad	21. Número del documento de Identidad	22. Sexo	23. fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	POLO	VEGA	JUAN	CARLOS
B2	POLO	ROMERO	SERGIO	ANDRES
B3	POLO	ROMERO	MARIANA	
B4	POLO	ROMERO	LUCIANA	
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del documento de Identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	CC	7711831		X	03/06/1979
B2	TI	1003895454		X	01/02/2003
B3	RC	1076916317	X		20/08/2014
B4	RC	1076916318	X		20/08/2014
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentescos	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1	CY	06					
B2	HI	06					
B3	HI	06					
B4	HI	06					
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Telefonofijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	NEIVA	X		HUILA	3133090843	
B2	NEIVA	X		HUILA	3133090843	
B3	NEIVA	X		HUILA	3133090843	
B4	NEIVA	X		HUILA	3133090843	
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C	SINERGIA UNIDAD BASICA NEIVA P P R	SALUD PLENA NEIVA - P P R	20600236	20600061
B				
B				
B				

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
SOLTEMPO SAS	NI	900402861	01

39. Ubicación				
CL 8 N 10-23 (Dirección)	8722088 (Teléfono)	gerencia@soltempo.com (Correo electronico)	NEIVA (Municipio/Distrito)	HUILA (Departamento)

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: jueves, 05 de septiembre de 2019 03:56 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Adriana Maria Muñoz Palomino
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1075288088
Fecha de ingreso: 2019-08-31
Número radicado: 1497648
Fecha de respuesta: 05-09-2019 03:56:06 PM

Observaciones:
Afiliación aprobada para subsidio*2, presentar la fotocopia de la tarjeta de identidad de joseph

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 30 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075288088	MUÑOZ PALOMINO ADRIANA MARIA	31/08/2019		142J2383	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1075273836192426311O

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de reliro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ADRIANA MARIA MUÑOZ PALOMINO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,075,288,088**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

medimás EPS No. 301 5897737

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: 31 08 2019

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 ☐ S. 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: MUÑOZ | Segundo apellido: YOLANDO | Primer nombre: ADRIANA | Segundo nombre: MARIA
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1075233088
9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento: 14 04 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales
11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M | Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 900.000
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

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		

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: SOL TOURS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 900407287
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: AVS # 10-27 | Teléfono: 8722088 | Correo electrónico | Municipio/Distrito: NEIVA | Departamento: HUILA

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: 31 08 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 intervención 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 consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Cantidad: | Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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 de Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: C.C 1077569694

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.

EMPLEADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

3 1 AGO 2019

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: jueves, 05 de septiembre de 2019 11:47 a.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Adriana Trujillo Cedeno
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 55168114
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1497410
Fecha de respuesta: 05-09-2019 11:46:33 AM

Observaciones:
PTE ACTUALIZAR CEDULA Y CERTIFICADO PARA BENEFICIARIOS DE 18 AÑOS EN ADELANTI

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C55168114	TRUJILLO CEDEÑO ADRIANA	29/08/2019		v32147v1	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924134313

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/08/2019 09:31:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ADRIANA TRUJILLO CEDENO identificado(a) con C.C No. 55.168.114, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 22 de agosto del 2019.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

medimás EPS No. 301 5896293

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: 19/08/2019

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Trujillo	Segundo apellido: Cadavid	Primer nombre: Adriana	Segundo nombre:
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 55169774	9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 14/07/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		1000000

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: 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
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: Soltowpo	36. Tipo de documento de identificación: NIT	37. Número de documento de identificación: 900402864	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 9

39. Ubicación: Dirección: Cl 9 # 10-27 | Teléfono: 8732088 | Correo electrónico | Municipio/Distrito: Neiva | Departamento: Huila

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: 19/08/2019

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.
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

64. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Adriana Trujillo Cadavid

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

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 jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. ☐ Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. ☐ Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación: 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

EMPLEADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: jueves, 05 de septiembre de 2019 02:46 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Alejandra Perez Coba
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1075260414
Fecha de ingreso: 2019-08-30
Número radicado: 1497509
Fecha de respuesta: 05-09-2019 02:45:46 PM

Observaciones:
Afiliación aprobada para servicios

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ALEJANDRA PEREZ COBA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,075,260,414**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Julio de 2019.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDÍA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075260414	PEREZ COBA ALEJANDRA	30/08/2019		23925322	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924166668

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 900.231.440-6

No. de Radicación: 132

Fecha de Radicación: D D 29 M 04 A 19

119756540

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario	A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 04

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Perez	Segundo Apellido: Cobu	Primer Nombre: Alyandri	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC PA SC	1075260414	Femenino ✓ / Masculino	01 03 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura		900.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Calle 41 # 10-47	8747970

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3174220707	alyandriperezcobu@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Neiva	Urbana ✓ / Rural		Huila

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC PA SC		Femenino Masculino	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				

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Surtidrogueria Globo 01	13513-13547
B		
B		
B		

ONPRES

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

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: Soltemp

36. Tipo documento de Identificación: NIT X | TI | CE | CC | PA | CD

37. Número del documento de Identificación: 900 402 861

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección: Calle 7 10-23

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico:

Municipio / Distrito: Tulua

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 de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC | PA | SC

Número del documento de identidad

Sexo: Femenino | Masculino

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

42. Fecha: 13 08 2019

43. EPS anterior: Famisanar

44. Motivo de traslado
Código: 05

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.
- [ ] 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: Alejandra Perez Coba

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio:

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBEN
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 de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones: Por No Cobertura Geografica

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
13 AGO 2019

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación: 13 AGO 2019

Recibido Por:

Sticker procesamiento

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 08 04 19

119749938

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

DATOS DEL TRÁMITE

Tipo de Trámite: 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

Tipo de Afiliado: Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS): 01

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Navarro	Molino	Alexander	

Tipo de documento de identidad: TI / CE / CD / CC X / PA / SC

8. Número del documento de identidad: 7695548

9. Sexo: Femenino / Masculino X

10. Fecha de nacimiento: 03 05 1992

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

12. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: 900000

Residencia

Dirección: Calle 6A # 29A-71

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3176007093

Correo Electrónico: achavarromolino@gmail.com

Municipio / Distrito: Neiva

Zona: Urbana / Rural

Localidad / Comuna

Departamento: Huila

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: TI / CE / CD / CC / PA / SC

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

Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Datos Complementarios

Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	
		Femenino Masculino	D D M M A A A A	

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

Dirección de la IPS Primaria

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Surolab; Sylobe N	13515 - 13543

OFIXPRES

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: lunes, 02 de septiembre de 2019 06:05 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Alexander Moreno Chavarro
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 7695548
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1494956
Fecha de respuesta: 02-09-2019 06:04:49 PM

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C7695548	CHAVARRO MORENO ALEXANDER	29/08/2019		24145202	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924134770

Colpensiones

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ALEXANDER CHAVARRO MORENO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **7695548,** se encuentra afiliado (a) desde **03/10/2003** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *INACTIVO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de agosto de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: miércoles, 11 de septiembre de 2019 05:41 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

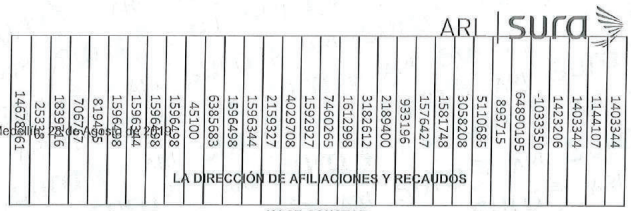
Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Alexander Ospina Urueña
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 7692086
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1502045
Fecha de respuesta: 11-09-2019 05:40:49 PM

Observaciones:
AFILIACION APROBADA PARA SERVICIOS

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA



Medellín, [illegible]

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C7692086	OSPINA URUEÃA ALEXANDER	29/08/2019		22839n45	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924069043

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el null .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **ALEXANDER OSPINA URUEÑA**, identificado(a) con CC **7692086**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 01/05/2008

Se expide a solicitud del interesado el 22/08/2019.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

medimás EPS No. 3015896289

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: 2019/12/19

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizantes 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: Vivina | Segundo apellido: Vreja | Primer nombre: Alexander | Segundo nombre:
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 79920356
9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒
10. Fecha de nacimiento: 06/10/1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M — Condición T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1000000
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

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

24. Apellidos y nombres — Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

	24 Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	M	P	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		
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: Colpensiones
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 900402867
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación — Dirección: Cl 41D-77 | Teléfono: 8732058 | Correo electrónico | Municipio/Distrito: NEIVA | Departamento: HUILA

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: 29/12/2019
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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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: 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 declara 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.

RADICADO PRESENCIAL
COLPENSIONES
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES
COLPENSIONES EFECTIVA SAS
29 AGO 2019
DIMELSA POLANIA FIERRO
C.C. 1.214.735.564

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBEN — Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación — Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: C1715694

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.

EMPLEADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

SS-FOR-01-00000039

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: lunes, 02 de septiembre de 2019 03:29 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Ana Elizabeth Lopez Dussan
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1075227708
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1494627
Fecha de respuesta: 02-09-2019 03:29:23 PM

Observaciones:
PTE TARJETA DE IDENTIDAD PARA BENEFICIARIOS DE 7 AÑOS EN ADELANTE.

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075227708	LOPEZ DUSSAN ANA ELISABETH	29/08/2019		3437177K	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924131552

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/08/2019 08:45:52

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ DUSSAN ANA ELISABETH** identificado(a) con **CC** número **1.075.227.708** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 30 de enero de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de agosto de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

201908232235

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/09/2019, el empleador SOLUCIONES TEMPORALES identificado con NIT número 900402861 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2094767	02/09/2019	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1075227708	ANA ELISABETH LOPEZ DUSSAN	900000	ENCUESTADOR	2019-08-29

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Septiembre del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: jueves, 05 de septiembre de 2019 04:42 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Ana Tilde Rodriguez Leon
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 26575991
Fecha de ingreso: 2019-08-31
Número radicado: 1497760
Fecha de respuesta: 05-09-2019 04:42:03 PM

Observaciones:
PARA SERVICIOS.

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 30 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDÍA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C26575991	RODIRUGEZ LEON ANA TILDA	31/08/2019		1651631	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1075273836192426311O

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANA TILDE RODRIGUEZ LEON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **26,575,991**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

medimás EPS No. 301 5897740

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: 12/09/2019

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. Primer apellido	6. Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Vásquez	Leon	Ana	Tilde

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 26575991
9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento: 07/09/1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1000000
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: D D M M A A A A

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

	24. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo F / M	28. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F S M / Condición 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 registar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: SOLUCIONES EFECTIVA SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 900402884
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: CL 10 - 29 | Teléfono: 8722088 | Correo electrónico | Municipio/Distrito: NEIVA | Departamento: HUILA

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 A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
14. Traslado:
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: 23/08/2019
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 inhabilidad del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: 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 padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
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

EMPLEADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

Nombre: POLANIA FIERRO
C.C. 1211500[illegible]

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: miércoles, 04 de septiembre de 2019 04:58 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Andrea Johana Tijaro Diaz
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1082804799
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1496867
Fecha de respuesta: 04-09-2019 04:58:23 PM

Observaciones:
Afiliación aprobada para servicios

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1082804799	TIJARO DIAZ ANDREA YOHANA	29/08/2019		N1691821	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C107527383619241321 88

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/08/2019 08:56:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **ANDREA JOHANA TIJARO DIAZ,** identificado(a) con CC **1082804799,** se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 02/01/2014

Se expide a solicitud del interesado el 28/08/2019.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

COMPARTA

Servicio Con Solidaridad Y Resolución EPS-S

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

El(La) Señor(a) ANDREA JOHANA TIJARO DIAZ Identificad(o/a) con CC 1082804799 se encuentra afiliad(o/a) en esta EPS en condición de CABEZA FAMILIA. en el REGIMEN SUBSIDIADO

Fecha Afiliación	2018/01/22	**Fecha Retiro**	
Estado Afiliado	ACTIVO	**Razón Estado**	LIQUIDACION LMA
Departamento	HUILA	**Municipio**	TELLO
Dirección	CALLE 1 CARRERA 6 -21 LA	**Teléfono/Celular**	3123100255/3123100255
Puntaje Sisben/Nivel	12.9 / 1	**Categoria IBC**	
IPS Asignada	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD MIGUEL BARRETO LOPEZ		

INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Identificación	Nombres y Apellidos	Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Tipo Afiliado	Parentesco	Estado

Señor usuario, por favor verificar sus datos básicos y de ser necesario, realice la actualización de los mismos en las oficinas de atención al usuario de nuestra EPS-S

La presente certificación se expide a solicitud del(a) interesad(o/a) en Bucaramanga por QUIEN INTERESE, a los 28 días del mes de Agosto del año 2019.

OBSERVACIONES: NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS, NI COMO CERTIFICADO DE APORTES O PAGOS AL DIA EN LA EPSS, ESTE CERTIFICADO SOLO TIENE VALIDEZ DENTRO DEL MES DE EXPEDICIÓN

Cordialmente

JUAN FERNANDO RUEDA BELTRAN
DIRECTOR NACIONAL DE ASEGURAMIENTO
Elaboro: Agencia Social del municipio de Nelva

Para mayor información puede comunicarse a la
Línea Gratuita de Atención Nacional
01800014440

	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS	VERSIÓN 1	EDICIÓN Mayo de 2016
		CODIGO FEPS-GCO-02	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de La Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

En constancia se firma a los 4 del mes de sept. de 2019

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC1082804799 ANDREA JOHANA TIJARO DIAZ

Andrea Johana Tijaro D.

FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos:

Documento de identidad: Edad:

Domicilio (Dirección y ciudad):

HUELLA AFILIADO

	CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO DE LA EPS	VERSIÓN 1	EDICIÓN Mayo de 2016
		CODIGO FEPS-GCO-02	Hoja 1 de 1

A CONTINUACION SE PRESENTAN UNAS BREVES PREGUNTAS PARA CERTIFICAR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA EN EL MOMENTO DE SU AFILIACION, FAVOR MARCAR CON UNA "X" EN SI o NO, SEGÚN SEA EL CASO:

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de La Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

En constancia se firma a los 4 del mes de sept. de 2019

Nombre y documento de identidad del afiliado que certifica:

CC1082804799 ANDREA JOHANA TIJARO DIAZ

Andrea Johana Tijaro Diaz.

FIRMA AFILIADO

Si el afiliado no sabe o no puede firmar, el diligenciamiento y suscripción de este formato se efectuará por la persona a quien el ruegue, lo cual deberá ser ratificado por el afiliado a través de su huella.

FIRMA A RUEGO

Nombres y apellidos:

Documento de identidad: Edad:

Domicilio (Dirección y ciudad):

HUELLA AFILIADO

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: jueves, 05 de septiembre de 2019 02:48 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Andrea Lorena Reyes Gonzalez
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 36308704
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1497515
Fecha de respuesta: 05-09-2019 02:48:10 PM

Observaciones:
PARA SUBSIDIO.

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 28 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C36308704	REYES GONZALEZ ANDREA LORENA	29/08/2019		xM214224	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C107527383619240693S6

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el null .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANDREA LORENA REYES GONZALEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **36308704,** se encuentra afiliado (a) desde **01/02/2013** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/02/2013	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de agosto de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

medimás EPS No. 3015896785

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: 31B 10 18 12 10 17 9A

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. Colectivo ☐ 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): 7

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres — Primer apellido: Reyes | Segundo apellido: Gonzalez | Primer nombre: Ivanna | Segundo nombre: Lorena
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1063087104
9. Sexo: Femenino ☑ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento: 21 11 1991 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo F N M | Condición T P
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: 900000
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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

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

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: SOLTEMPO
39. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 900402564 7
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
36. Ubicación — Dirección: cl 8 # 10-27 | Teléfono: 8720388 | Correo electrónico | Municipio/Distrito: NEIVA | Departamento: HUILA

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. Reingresado 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 Regimen B. Diferente Régimen
15. Reporte de fallecimiento.
16. Reporte del trámite de protección al desempleado.
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: 29 08 2019 A
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | Cantidad: | Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare 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 ausencia 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.

29 AGO 2019

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación — Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | Tipo documento de identidad | Número del documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: C.C 1211594

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.

EMPLEADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

Versión 1 - Enero 2016

Comfamiliar
Tu salud es nuestro compromiso!
E.P.S

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Comfamiliar
Código (a registrar por la EPS)
31 AGO 2019
RECIBIDO
Firma

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 [ ]

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

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Adriana Felipe Gutierrez

7. Tipo de documento de identidad: 4 C

8. Número del documento de identidad: 1075210485

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 15/12/1993

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: SURA

16. Administradora de Pensiones: COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización IBC: 900000

Residencia: Calle 2 Nº 28-29 Guillermo Liano Neiva Huila

Zona: Urbana [X] Rural [ ]

Teléfono: 3172121852

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios

	Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	M	M	Condición T	P
01							
02							
03							
04							
05							

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)
01						
02						
03						
04						
05						

Opción de la IPS Primaria

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: EPS ALTICO

Código de la IPS (a registrar por la EPS): 4100104300201

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

34. Nombre o razón social	35. Tipo de documento de identificación	36. Número del documento de identificación	37. Dirección	38. Teléfono	39. Correo electrónico	40. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
TIEMPO SAS	NIT	900402861	Cra 8 Nº 10-27 Alto	8722288	Talentohumano@soltiempo.com	Neiva

Vigilado Supersalud

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: martes, 03 de septiembre de 2019 04:41 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Andres Felipe Gutierrez Mosquera
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1075210985
Fecha de ingreso: 2019-08-31
Número radicado: 1495823
Fecha de respuesta: 03-09-2019 04:40:30 PM

Observaciones:

ARL | sura

Medellín, 30 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075210985	GUTIERREZ MOSQUERA ANDRES FELIPE	31/08/2019		04061690	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1075273836192426311O

Atentamente,

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANDRES FELIPE GUTIERREZ MOSQUERA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1075210985,** se encuentra afiliado (a) desde **01/10/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *INACTIVO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de agosto de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: jueves, 05 de septiembre de 2019 02:42 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS.

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Aneth Yamile Arce Cachaya
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 36065601
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1497495
Fecha de respuesta: 05-09-2019 02:41:47 PM

Observaciones:
Afiliación aprobada para servicios

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C36065601	ARCE CACHAYA ANETH YAMILE	29/08/2019		1598184u	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924133022

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/08/2019 09:10:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANETH YAMILE ARCE CACHAYA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **36065601,** se encuentra afiliado (a) desde **08/07/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *INACTIVO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de agosto de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

medimás EPS No. 3015896778

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: 31 01 18 12 01 19

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

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres — Primer apellido: cc | Segundo apellido: cochaya | Primer nombre: Aneth | Segundo nombre: Yamile
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 36065601
9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento: 01 01 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia:
12. Discapacidad — Tipo: F N M — Condición: T P
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1000000
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: 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	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	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 registar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: SOLTEQUIPO
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número de documento de identificación: 900402864
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS):
39. Ubicación — Dirección: CLS #10-27 | Teléfono: 8722088 | Correo electrónico: | Municipio/Distrito: NEIVA | Departamento: HUILA

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: 29 01 2018 12 01 19
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado — Código:
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades que los funcionarios 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: Aneth Yamile Yca. cochaya
55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio: JIMENO JOLANIA FIERRO

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 SISBEN: 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

EMPLEADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

AUTORIZADO POR: MEDIMÁS EPS
RENOVACIÓN: SIUFA
AGENTE COMERCIAL
SOLUCIONES EFECTIVA SAS
29 AGO 2019

medimás EPS No. 3015896295

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: 2019/08/20

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
	Arregus	Cortes	Ayoela	Alicia

7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 36308368
9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento: 12/01/1981

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: 900.000
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

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

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	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		
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: Soltemro
36. Tipo de documento de identificación: N.I.T
37. Número de documento de identificación: 900402864
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): 1
39. Ubicación — Dirección: Cl 8 # 10-27; Teléfono: 5877055; Correo electrónico; Municipio/Distrito: NINA; Departamento: NINA

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: 29/08/2019
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 intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: 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 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.

AGENTE COMERCIAL
29 AGO 2019
JIMENO ROJAS PIERRO
C.C. 2113654

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

EMPLEADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: lunes, 09 de septiembre de 2019 09:33 a.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en linea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Angela Alicia Vanegas Cortes
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 36308568
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1499226
Fecha de respuesta: 09-09-2019 09:32:45 AM

Observaciones:
AFILIACION APROBADA // EL TRABAJADOR DEBE PRESENTAR EL CERT DE ESTUDIO 2019 DI

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha Inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C36308568	VANEGAS CORTES ANGELA ALICIA	29/08/2019		490D2392	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924134139

CESA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VANEGAS CORTES ANGELA ALICIA** identificado(a) con **CC** número **36.308.668** se encuentra afillado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 25 de febrero de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de agosto de 2019.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: lunes, 02 de septiembre de 2019 10:53 a.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Angie Paola Trujillo Montealegre
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1075284220
Fecha de ingreso: 2019-08-30
Número radicado: 1494267
Fecha de respuesta: 02-09-2019 10:53:12 AM

Observaciones:
Afiliación aprobada para servicios

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 11 de Septiembre de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075284220	TRUJILLO MONTEALEGRE ANGIE PAOLA	30/08/2019		215K3215	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361925454041

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/09/2019 15:00:41 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGIE PAOLA TRUJILLO MONTALEGRE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,075,284,220**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Agosto de 2019.



Gerente de Clientes

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/09/2019, el empleador SOLUCIONES TEMPORALES identificado con NIT número 900402861 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2094721	02/09/2019	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1075284220	ANGIE PAOLA TRUJILLO MONTALEGRE	1000000	SUPERVISOR DE RUTAS	2019-08-30

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Septiembre del año 2019.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: lunes, 02 de septiembre de 2019 10:12 a.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Anyi Vanessa Quiroga Tapiero
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1075262793
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1494185
Fecha de respuesta: 02-09-2019 10:12:08 AM

Observaciones:
Afiliación aprobada para subsidio*1, presentar la fotocopia de la tarjeta de identidad de Laura.

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

© Comfamiliar del Huila 2019

ARL | sura

Medellín, 28 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075262793	QUIROGA TAPIERO ANYI VANESSA	29/08/2019		6234q139	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924069100

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el null .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANYI VANESSA QUIROGA TAPIERO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,075,262,793**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del Interesado a los 23 dias del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/09/2019, el empleador SOLUCIONES TEMPORALES identificado con NIT número 900402861 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

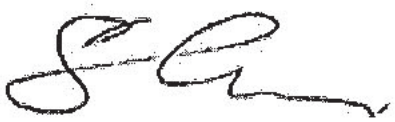
NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2094695	02/09/2019	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1075262793	ANYI VANESSA QUIROGA TAPIERO	900000	ENCUESTADOR	2019-08-29

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Septiembre del año 2019.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: jueves, 05 de septiembre de 2019 05:58 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Ariela Castro Parra
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 26575802
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1497924
Fecha de respuesta: 05-09-2019 05:57:45 PM

Observaciones:
AFILIACION APROBADA PARA SERVICIOS

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C26575802	CASTRO PARRA ARIELA	29/08/2019		24393814	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924133412

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/08/2019 09:16:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ARIELA CASTRO PARRA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **26575802,** se encuentra afiliado (a) desde **16/10/2008** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO NO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de agosto de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

medimás EPS No. 3015896688

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: 30 08 2019

A. AFILIACIÓN

A. 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

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

6. Apellidos y nombres – Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Cesta	Torra	Ariela	

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento
CC	26375807		15 01 1980

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

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

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		1300000

18. Residencia

Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

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

D. 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
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición I	IX
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	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						

E. 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		

F. 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 registrar por la EPS)
SOLTEMPO	NIT	900402869	1

39. Ubicación – Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 8 # 10-27	8722088		NEIVA	HUILA

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. ☐

G. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de identificación

Tipo documento identidad	Número del documento de identidad	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha	EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D D M M A A A A	21 08 2019			

H. 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. ☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y [illegible] ☐

EMPLEADOR - ENTIDAD TERRITORIAL

Certificado Bancario

Miércoles, 28 de Agosto de 2019

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ARNOLD JAMPIER GONZALEZ ARAQUE identificado(a) con CC 1081158221, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	17632399332	2014/10/14	CXC PENDIENTES

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 595 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: lunes, 02 de septiembre de 2019 06:25 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion

Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Arnold Jampier Gonzalez Araque
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1081158221
Fecha de ingreso: 2019-08-30
Número radicado: 1494963
Fecha de respuesta: 02-09-2019 06:24:42 PM

Observaciones:
PARA SERVICIOS.

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDÍA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1081158221	GONZALEZ ARAQUE ARNOLD JAMPIER	30/08/2019		22321920	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924166668

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ARNOLD JAMPIER GONZALEZ ARAQUE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,081,158,221**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Agosto de 2019.

Gerente de Clientes

Comfamiliar
¡Su salud es nuestro compromiso!
E.P.S

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] 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 [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

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

A. AFILIACIÓN

Comfamiliar E.P.S. ¡Su salud es nuestro compromiso!
29 AGO 2019
RECIBIDO

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

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gonzalez	Aragon	Arnold	Jaime

7. Tipo de documento de identidad: CC [X]

8. Número del documento de identidad: 1.081.158.221

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 05 / 12 / 1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M; Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso base de cotización IBC

18. Idencia

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 de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo M	Tipo M	Condición T	Condición P
01							
02							
03							
04							
05							

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)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de las Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
0		
1		
2		

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: SOLTIEMPO SAS

36. Tipo de documento de identificación: NIT

37. Número del documento de identificación: 900402861

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

39. Ubicación: Cra 48 N° 10-29 Ofic 8982088 Talentohumano@soltiempo.com Barra

Fecha 29/8/19

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: martes, 03 de septiembre de 2019 04:52 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Brayanth Stiven Buendia Lemus
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1075283774
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1495843
Fecha de respuesta: 03-09-2019 04:52:17 PM

Observaciones:
AFILIACION APROBADA PARA SERVICIOS

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 28 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075283774	BUENDIA LEMUS BRAYANTH STIVEN	29/08/2019		230a226f	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1075273836192406888 5

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el null .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **BRAYANTH STIVEN BUENDIA LEMUS**, identificado(a) con CC **1075283774**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 04/08/2017

Se expide a solicitud del interesado el 21/08/2019.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

Comfamiliar
¡Su salud es nuestro compromiso!
E.P.S

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Página 1 de

29 07 2019

RECIBIDO

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] 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 [X] 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Buenaño	Lopez	Brayan	Dilan

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1075283774

9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]

10. Fecha de nacimiento: 26 04 1999

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: Axa

16. Administradora de Pensiones: Proteccion

17. Ingreso base de cotización IBC: 908000

18. Residencia: Carrera 23 Nº 2-04 | Los Americas | Neiva | Huila

Zona: Urbana [X] Rural [ ]

Teléfono Fijo y/o Celular: 3003337591

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

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

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	M	Condición T	P
01						
02						
03						
04						
05						

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)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de las Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	IPS Axa	9100 0861
S		
S		
S		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Sistemas SAS	NIT	900402861	

39. Ubicación: Cra 9 Nº 10-27 Alko 8722288 Telantohernandez@hotmail.com Neiva

Artículo 2.2.3.2.4 Decreto 1406 de 1999 y Artículo 2.2.3.2.5 Decreto 1406 de 1999

Versión SUPERSALUD

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: lunes, 02 de septiembre de 2019 10:55 a.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido **APROBADA**

Nombre del trabajador: Caterine Quigua Hincapie
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 1040041785
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1494271
Fecha de respuesta: 02-09-2019 10:55:07 AM

Observaciones:
Afiliación aprobada para servicios

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 28 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afillada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1040041785	QUIGUA HINCAPIE CATERINE	29/08/2019		20132522	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924068996

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el null .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CATERINE QUIGUA HINCAPIE** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1040041785,** se encuentra afiliado (a) desde **09/11/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de agosto de 2019.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/09/2019, el empleador SOLUCIONES TEMPORALES identificado con NIT número 900402861 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2094699	02/09/2019	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1040041785	CATERINE QUIGUA HINCAPIE	900000	ENCUESTADOR	2019-09-29

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Septiembre del año 2019.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

Comfamiliar
Más felicidad

782069-1075239594-6

LA COORDINADORA DE AFILIACIONES Y SUBSIDIO
DE COMFAMILIAR HUILA

CERTIFICA QUE:

La señora **CINDY ANDREA MEDINA VARGAS** identificada con cedula de ciudadania No. **1.075.239.594** se encuentra afiliada a esta Entidad como **DEPENDIENTE** en la modalidad de SERVICIOS por intermedio de la empresa **SOLUCIONES TEMPORALES SAS** Nit No. **900.402.861**, con fecha de ingreso el 30 del mes de Agosto de 2019.

Dicha certificación se expide a los 11 días del mes de Septiembre del año 2019.

Atentamente,

YAZMIN OSPINA GAITAN
COORDINADORA AFILIACIONES Y SUBSIDIO

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C1075239594	MEDINA VARGAS CINDY ANDREA	30/08/2019		14248202	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924166668

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Colpensiones
Vamos por tu futuro

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CINDY ANDREA MEDINA VARGAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1075239594,** se encuentra afiliado (a) desde **31/10/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *INACTIVO.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de agosto de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación: 119749952
Fecha de Radicación: 20/03/2019

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

I. DATOS DEL TRAMITE

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

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario	A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 01

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Medina	Segundo Apellido: Uribe	Primer Nombre: Cindy	Segundo Nombre: Andrea

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC PA SC	1075 239594	Femenino X / Masculino	09 04 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

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

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 14 # 30-04	8624133

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3123799671	Cindrevil-1789@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Neiva	Urbana / Rural		Huila

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

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

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC PA SC		Femenino Masculino	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				

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Surolab. - Global IPS	13513-175/5
B		
B		
B		

Original: EPS de Copia: EMPLEADOR 2a Copia: AFILIADO

DIANA BARONA

De: Notificaciones Web <notificacionesweb@comfamiliarhuila.com>
Enviado el: lunes, 02 de septiembre de 2019 04:19 p.m.
Para: auxiliaradministrativa2@soltempo.com
Asunto: Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Marca de seguimiento: Seguimiento
Estado de marca: Marcado

Categorías: Certificado de afiliacion caja de compensacion



Respuesta Solicitud Afiliar Trabajador

Cordial Saludo
SOLUCIONES TEMPORALES SAS,

Gracias por utilizar el servicio en línea de Comfamiliar Huila, esta es la respuesta a la solicitud realiza

Su solicitud de Afiliar trabajador ha sido APROBADA

Nombre del trabajador: Claudia Patricia Gordillo Valencia
Tipo de documento: Cedula De Ciudadania
Número de documento: 26427417
Fecha de ingreso: 2019-08-29
Número radicado: 1494777
Fecha de respuesta: 02-09-2019 04:18:57 PM

Observaciones:
AFILIACION APROBADA PARA SERVICIOS

Atentamente,
SERVICIO EN LINEA

ARL | sura

Medellín, 29 de Agosto de 2019

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SOLTEMPO SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000120 - ALCALDIA DE NEIVA - SECRETARIA DE PLANEACION Y ORD, Clase de riesgo 1, Porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C26427417	GORDILLO VALENCIA CLAUDIA PATRICIA	29/08/2019		FwH13510	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10752738361924133951

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/08/2019 09:25:51 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.86.180.175, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CLAUDIA PATRICIA GORDILLO VALENCIA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **26427417,** se encuentra afiliado (a) desde **28/06/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *INACTIVO.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultiVinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación en cabeza del empleador	23	COLPENSIONES	01/04/2011	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de agosto de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.