Bogotá D.C., 10 de Julio de 2020.

Señores:
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Secretaría General
Agencia de Desarrollo Rural
Ciudad

Asunto: Radicación de documentos para el trámite de pago del Contrato No. 651 de 2019.

Con el fin de realizar el trámite de pago hago entrega de los siguientes documentos, de acuerdo con el concepto de pago: Último pago correspondiente a la Liquidación del contrato 651 de 2019.

N°	DOCUMENTOS	PRESTACIÓN SERVICIOS / CONSULTORÍA	OBRA	SUMINISTRO	OTROS
1	Certificación de Recibido a satisfacción parcial de bienes y/o servicios (Original)				
2	Factura (Original)	1			
3	Declaración Juramentada Depuración de la base del calculo de Retención (Original - Persona Natural)				
4	Planilla de pago Aportes Seguridad Social (Persona Natural)				
5	Certificación Aportes Parafiscales (Persona Jurídica)	78			
6	Acta de Obra				
7	Comprobante Entrada de Bienes al Almacén				
8	Certificación de recibido a satisfacción final de bienes y/o servicios (Original)	1			
9	Resolución (Copia)				
10	Paz y Salvo para contratistas a la finalización del Contrato (Original)				
11	Certificado y/o soporte del pago FIC				
12	Otros ¿Cuáles?: INFORME DE ACTIVIDADES N°1 CONTRATO DE OBRA N° 651 DE 2019	620			
	1 CD - ANEXOS INFORMES DE ACTIVIDADES N°2 CONTRATO DE OBRA N° 651 DE 2019	2			
	NOTIFICACIONES DESIGNACIONES TEMPORAL DE SUPERVISION CONTRATOS				
	TOTAL FOLIOS	702			

DECRETO N° 568 DE 2020 - IMPUESTOS COVID-19

En cumplimiento al decreto legislativo 568 del 15 de abril de 2020 (impuesto covid-19) y bajo la gravedad de juramento estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o mas contratos de prestacion de servicios con entidades publicas	MARQUE			
	SI		NO	X
aplicar aporte voluntario - impuesto COVID - 19 Decreto 568/2020	SI			

Atentamente,

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS
Firma / Nombre para aprobación	El contratista certifica el cumplimiento a satisfacción dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo.
	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS NIT: 900.241.730-7

ADR Agencia de Desarrollo Rural ¡Cosechando progreso!	**CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSOS - REZAGO**	El campo es de todos · Minagricultura
Código: F-FIN-017	Versión: 1	Página 1 de 1

ASPECTOS GENERALES Y EJECUCIÓN				
Soporte contractual No.	**651**	Año	**2019**	
Contratista/Entidad	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS			
Dirección:	CARRERA 121 # 76B-23	Teléfono:	6953813-3144149099	
Identificación (Cédula/NIT)	**900.241.730-7**	Correo electrónico:	gerencia_umacon@hotmail.com	
Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	**ADRIANA CAROLINA SANABRIA NIETO**			
Dependencia:	Otra	No. Extensión o teléfono:		
Objeto:	MANTENIMIENTO PREVENTIVO INTEGRAL Y ADECUACIONES A LOS BIENES INMUEBLES DONDE FUNCIONA LA SEDE CENTRAL Y LAS UNIDADES TECNICAS TERRITORIALES DE LA AGENCIA DE DESARROLLO RURAL (ADR)			
Fecha de inicio:	**18 de noviembre de 2019**	Fecha terminación:	**31 de diciembre de 2019**	
Valor inicial del contrato:			**$ 435,979,763.00**	
Adición:				
Valor total:			**$ 435,979,763.00**	
Valor pago mensual o como se haya pactado:				
Prórroga (días):			**0**	
Suspensión (días):			**0**	
Terminación anticipada:				
Cesión:				
Cedente/Cesionaria:				
Despliegue la lista y seleccione el tipo de pago que aplica:			Final	
Concepto del pago:	Pago del 16 al 31 de diciembre de 2019 correspondiente a la Liquidación del contrato 651 de 2019.			
Valor a pagar:			**$ 43,544,785.76**	

Código y Productos	**%**	**RP**	**Valor**
C-1799-1100-8-0-1799016-02 - REC. 11 - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	72.69%	469119	31,653,530.07
C-1799-1100-8-0-1799011-02 - REC. 11 - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	27.31%	469119	11,891,255.69

CONCEPTO SUPERVISOR

Persona Natural:

El/la contratista, XXXXXXXXXXXXX, cumplió con las obligaciones contraídas en el CONTRATO N° XXXXX del año XXX, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato Así mismo, en calidad de supervisor y/o interventor certifico que he recibido y aceptado el informe junto con los documentos requeridos para el trámite de pago en SECOP II (En los casos que aplica). Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de $ 0.000.000.

Persona Jurídica:

El suscrito supervisor **CERTIFICA** que se verificaron los requisitos previstos en el contrato **No. 651 de 2019** para este desembolso, así como las obligaciones concernientes al pago de la Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales, en los casos que aplique, y de acuerdo con el concepto de pago y/o desembolso se autoriza pagar la factura relacionadas **N° 672**, por valor de **$ 43.544.785,76** cuyo valor se ajusta a las condiciones acordadas en el respectivo contrato. Certifico en calidad de supervisor que he recibido y aceptado el informe junto con los documentos requeridos para el trámite de pago en SECOP II. Así mismo, certifico que el contrato cuenta con garantías contractuales aprobadas y vigentes.

Observaciones:

INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

La presente certificación se presenta el 10 de Julio de 2020.

Nombre del supervisor del contrato	**ADRIANA CAROLINA SANABRIA NIETO**			
Cargo del supervisor	INTERVENTOR			
Estado certificación de recibo a satifacción de bienes y/o servicios y autorizacion de desembolsos	**Revisado**	X	**Aprobado**	X
Firma / Nombre para aprobación: 	El supervisor certifica que el/la contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo.			
ADRIANA CAROLINA SANABRIA NIETO				

RESOLUCION DIAN: 18762012569128
DE FECHA: 29/01/2019
HASTA: 29/01/2021
FACTURAS HABILITADAS DEL 542 AL 1000
IVA REGIMEN COMUN ACTIVIDAD ECONOMICA (ICA) 4210
TARIFA 6,9X1000

UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS

EXPERIENCIA EN CONSTRUCCION NIT: 900.241.730-7

Carrera 121 Nº 76 B - 23 Tel: 6953813
Cel: 3144149099 Bogotá D.C.
E-Mail: gerencia_umacon@hotmail.com

FACTURA DE VENTA
672

FECHA FACTURADA		
DIA	MES	AÑO
10	07	2020

FECHA DE PAGO		
DIA	MES	AÑO
30	07	2020

SEÑOR (ES): AGENCIA DE DESARROLLO RURAL - ADR

DIRECCION: CALLE 43 N° 57 - 41 | CIUDAD: BOGOTA

C.C O NIT: 900.948.958-4 | CELULAR: | TELEFONO: 3830444 | E-MAIL:

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	CONTRATO DE OBRA N° 651 DE 2019 MANTENIMIENTO PREVENTIVO INTEGRAL Y ADECUACIONES A LOS BIENES INMUEBLES DONDE FUNCIONA LA SEDE CENTRAL Y LAS UNIDADES TÉCNICAS TERRITORIALES DE LA AGENCIA DE DESARROLLO RURAL (ADR ACTA FINAL DE OBRA	$ 35.130.928,41	$ 35.130.928,41

	COSTO DIRECTO		$ 35.130.928,41
CUENTA DE AHORROS N° 24043184095	ADMINISTRACION	15%	$ 5.269.639,26
BANCO CAJA SOCIAL	IMPREVISTOS	3%	$ 1.053.927,85
	UTILIDAD	5%	$ 1.756.546,42
	IVA SOBRE UTILIDAD	19%	$ 333.743,82

SON: CUARENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS CON SETENTA Y SEIS CENTAVOS M/CTE

SUB TOTAL $		$ 43.211.041,94
19%	I.V.A $	$ 333.743,82
TOTAL $		$ 43.544.785,76

NOTA: ESTA FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO (ARTS. 621 Y 774 DEL C. DE C.) Y CAUSARA INTERESES DE MORA DE ACUERDO A LA LEY A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO. DECLARO HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE A SATISFACCION EL SERVICIO DESCRITO EN ESTA FACTURA.

UMACON OBRAS

UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS LTDA
EXPERIENCIA EN CONSTRUCCION
NIT. 900.241.730-7

FIRMA Y SELLO

ACEPTADA

C.C. / NIT

Impreso por AG Impresores Nit: 17.175.812-7 - TEL: 4932915

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS Identificado con NI9002417307

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina CARRERA SEPTIMA, con las siguientes características:

Número:	24043184095
Fecha de apertura:	5 de Marzo de 2014
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, el 28 del mes Julio de 2020.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

LISTADO DE PERSONAL

UMACON OBRAS CIVILES & ARQUITECTONICAS S.A.S.

REGISTRO PERSONAL OBRA

OBRAS: ADR

UNIDAD TECNICA TERRITORIAL	NOMBRE COLABORADOR	C.C.	CARGO
UTT-5 MEDELLIN	JACINTO ROQUE DE LA ROSA MANJARREZ	12.551.814	RESIDENTE DE OBRA
	HECTOR JUNIOR ADARRAGA MEZA	1.143.135.355	AYUDANTE DE OBRA
	JOSE MARIA MELENDEZ QUINTO	84.456.106	INGENIERO DE SISTEMAS
UTT-2 CARTAGENA	JHON JADER JULIO RECUERO	19.335.071	OFICIAL DE OBRA
	WILLIAM RAFAEL MORALES FRANCO	73.135.588	AYUDANTE DE OBRA
	JAIME ANTONIO DEAN CABALLERO	73.118.786	AYUDANTE DE OBRA
	HENRY RUIZ ARIZA	73.085.046	AYUDANTE DE OBRA
	ALFONSO DE AVILA MARTINEZ	9.287.184	AYUDANTE DE OBRA
	EDGAR ALFONSO DE AVIOLA CABARCAS	1.007.754.776	AYUDANTE DE OBRA
	LUIS ALBERTO ACOSTA IRIALTE	1.049.930.626	AYUDANTE DE OBRA
UTT-5 MEDELLIN	JACINTO ROQUE DE LA ROSA MANJARREZ	12.551.814	RESIDENTE DE OBRA
	JOSE MIGUEL BARRAZA	9.159.813	OFICIAL DE OBRA
	LEANTICO LEUODO OSPINA	71.943.737	OFICIAL DE OBRA
	JUAN FERNANDO LONDOÑO	1.002.863.372	AYUDANTE DE OBRA
	REINALDO JOSE OBERTO CALLEJA	987.179.917.011.985	AYUDANTE DE OBRA
	RAFAEL ANTONIO LEUDO MORALES	1.028.039.579	AYUDANTE DE OBRA
	EDUAR CARVAJAL GOEZ	1.020.22.321	AYUDANTE DE OBRA
UTT-8 IBAGUE	CRISTIAN ANDRES MEJIA TANGARIFE	1.233.688.142	RESIDENTE DE OBRA
	RAMON RICARDO RUEDA	19.401.600	MAESTRO DE OBRA
	DIEGO ARLEY YEPES	1.015.996.703	OFICIAL DE OBRA
	NESTOR DANIEL CONTRERAS	832.631.113.031.988	AYUDANTE DE OBRA
UTT-9 POPAYAN	CRISTIAN ANDRES MEJIA TANGARIFE	1.233.688.142	INSPECTOR DE OBRA
	ALFREDO BOLIVAR ALFARO	19.335.071	OFICIAL DE OBRA
	YERVIS ALEXIS DAVILA VEGA	838.313.314.091.991	AYUDANTE DE OBRA
	CARLOS EDUARDO ARAQUE CALDERON	805.315.613.081.991	AYUDANTE DE OBRA
	JOHNNATHAN RICARDO RAMIREZ ROMERO	959.165.201.031.985	AYUDANTE DE OBRA
UTT-11 NEIVA	DANIEL AVILA GALINDO	79.347.385	ELECTRICO
	JOSE ADRIAN GALINDO CRUZ	3.066.797	ELECTRICO
	LUIS ANGEL RIQUEL DE LA OZ	1.083.434.621	ELECTRICO
UTT-13 BOGOTA	ERIKA CONTRERAS PEREZ	1.007.369.221	INSPECTOR DE OBRA
	SAID MAURICIO MENDZA COGOLLO	15.646.385	ARQUITECTO
	JESUS DAVID OSORIO	9.159.353	OFICIAL DE OBRA
	CARLOS LUIS SANCHEZ	980.686.629.101.979	AYUDANTE DE OBRA
	KEVIN SANABRIA	80.174.026	AYUDANTE DE OBRA
	CRISTIAN DANILO WILCHES MEJIA	1.000.937.546	AYUDANTE DE OBRA
	MIGUEL ANGEL RUEDA WILCHES	1.033.783.599	AYUDANTE DE OBRA

ELABORÓ:	REVISÓ:
UMACON S.A.S.	INTERVENTORIA

CERTIFICACION PAGOS APORTES PARAFISCALES Y SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Bogotá D.C., 10 de Julio de 2020.

Por medio de este documento **EDWIN HARLEY CONTRERAS ABAUNZA** identificado con cedula de ciudadanía N° 79.881.541 en calidad de Representante Legal, manifestamos bajo la gravedad de juramento que la sociedad **UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS** ha cumplido y se encuentra al día con sus obligaciones provenientes del Sistema de Salud, Riesgos Profesionales, Pensiones y Aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje según lo señalado en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, durante los seis meses anteriores a la fecha de la presente certificación, y a la fecha se encuentra a Paz y Salvo por estos conceptos.

Sin otro en particular.

Cordialmente

UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS LTDA
EXPERIENCIA EN CONSTRUCCION
NIT. 900.241 730 7

EDWIN HARLEY CONTRERAS
Representante Legal
C.C 79.881.541 de Bogotá

UTT

SANTA MARTA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:12:57 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771842

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	ADMINISTRATIVO	**Código Sucursal**	03
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	9	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1007369221	ERIKA MAYERLY CONTRERAS PEREZ	01	00	X																0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 634.889	$ 101.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 634.889	$ 25.400	6,960	$ 634.889	$ 44.200	(CCF21) CAFAM	$ 634.889	$ 25.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.600
CC 1022938505	JENNY ANDREA GONZALEZ SANCHEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1026299728	ARICSON ALEXMIR SORZA ACOSTA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1233688142	CRISTIAN ANDRES MEJIA TANGARIFE	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 12551814	JACINTO ROQUE DE LA ROSA MANJARREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 15646385	SAID MAURICIO MENDOZA COGOLLO	01	00	X																0	3	3	3	3	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 82.812	$ 13.300	(EPS005) EPS SANITAS	$ 82.812	$ 3.400	, 6,960	$ 82.812	$ 5.800	(CCF21) CAFAM	$ 82.812	$ 3.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.900
CC 79881541	EDWIN HARLEY CONTRERAS ABAUNZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80491807	JOSE JOAQUIN URIBE ABAUNZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80859533	JULIAN RICARDO CORTES BELLO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 1.042.400	$ 261.200	$ 453.900	$ 261.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.018.700	$ 2.000	$ 2.020.700

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) HECTOR JUNIOR ADARRAGA MEZA identificado(a) con CC número 1143135355 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	11/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

martes, 10 de diciembre de 2019 a las 02:02 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001482890000209286.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004521485	1|0|1|2|2|0|1|9

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐

3.Regimen — 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ADARRAGA (Primer apellido)	MEZA (Segundo apellido)	HECTOR (Primer nombre)	JUNIOR (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1143135355	Femenino ☐ Masculino ☒	2|2|0|7|1|9|9|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	828116

18.Residencia

CL 2 14 B 19 SUR (Dirección)	6953813 (Telefono fijo)	3144149099 (Telefono celular)	RECURSOS.UMACON@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS OLAYA - UOD DENTOLASER OLAYA	VSOLAYA - DENTOOLAYA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación				
CR 121 NO 76 B 23 (Dirección)	6953813 (Teleéfono)	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|1|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

V. LARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53.☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o 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: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

- ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

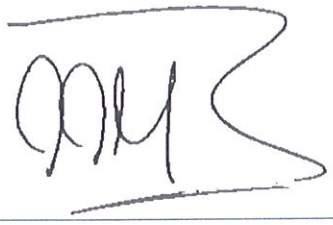
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HECTOR JUNIOR ADARRAGA MEZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.135.355**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Diciembre del 2019.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, **¿por qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) JOSE MARIA MELENDEZ QUINTO identificado(a) con CC número 84456106 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	11/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

martes, 10 de diciembre de 2019 a las 02:06 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001482960000209294.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004521504	1|0|1|2|2|0|1|9

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. Colectiva ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
MELENDEZ (Primer apellido)	QUINTO (Segundo apellido)	JOSE (Primer nombre)	MARIA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	84456106	Femenino ☐ Masculino ☒	1|4|0|3|1|9|8|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Edad	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	828116

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 2H 9 102 GAIRA	6953813	3144149099	RECURSOS.UMACON@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
SANTA MARTA	Urbana ☒ Rural ☐		MAGDALENA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

24. Apellidos y nombres

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	C	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		UAB AVENIDA LIBERTADOR - UOD AVENIDA LIBERTADOR	STAVLIBERT - UOSAVLIBER
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 121 NO 76 B 23	6953813	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|1|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o 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: 0
- ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

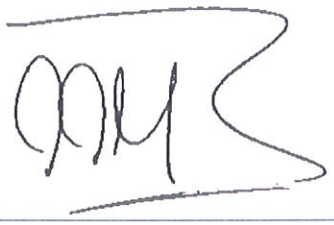
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JOSE MARIA MELENDEZ QUINTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **84.456.106**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Diciembre del 2019.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

UTT

CARTAGENA

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) JHON JADER JULIO RECUERO identificado(a) con CC número 1047445949 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	10/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

lunes, 9 de diciembre de 2019 a las 11:41 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001473630000208047.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Soto	Rovero	Jhon	Yader

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Sexo	Fecha de Nacimiento
CC [X]	1.047 445 949	F [ ] M [X]	01 01 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Tv 54 Nº 30-2	6953813	3116998040	gerencia.urracon@hotmail.com

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificacion del conyugue o compañero (a) permanente cotizante

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de identificación	Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de

	Primer apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	Tipo de documento de identidad	Número de identificación	Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

COOSALUD EPS
NIT 900.226.715-3
10/ 12 /2019
AFILIACION Y REGISTROS SB
2309201900 /sujeto a verificacion

Datos complementarios

	Parentesco	Sexo	Discapacidad	Tipo			Condición	
				F	N	M	1	2
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Validado la UPC del afiliado (a) cancelada por la EPS anterior
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	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 IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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 reg. Mat. por la EPS)
Ornacon ebias civiles y Arquitectonicas S.A.S	NIT	900.241.730-7	Porvenir

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Kr 12 Nº 76 B-23	6953813	gerencia.urracon@hotmail.com	Bogotá	Bogotá

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. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	4.2 Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	10 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 intemeción 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 beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

Jhon Jader J.

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	Total
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare 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 admini
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la p
- los padres
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por pa
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad a
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia

la ausencia de

oficio

COOSALUD EPS
NIT 900.226.715-3
10/ 12 /2019
AFILIACION Y REGISTROS SB
2309201900 /sujeto a verificacion

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTI

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

echa de validacion

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido		gundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

porvenir

Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado
Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

N° 21450598

21450598

21 | 03 | 10 Ciudad Bogota Fecha de Solicitud de Afiliación 2019 12 10

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias X

Traslado de AFP
Pensiones Obligatorias (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Entidad Origen Traslado Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
C.C X T.I C.E PAS R.C C.D	1047445949	2010 02 26	Cartagena	M X F	SI NO X

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
Julio	Recuero	Jhon	Jader

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad
19910102	Cartagena	Colombiana X Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Cra 19A # 36-27 Barrio: Centro Ciudad/Municipio:
Departamento N° de Teléfono Fijo N° de Teléfono Celular: 3106902792
Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO X
Dirección de Correo Electrónico (e-mail)
Dirección Laboral Ciudad Departamento N° de Teléfono

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento	N° de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social
NIT X C.C C.E PAS T.I	900241730	Umacon Obras Civiles

Ciudad	Dirección Empleador	Departamento	Teléfono(s)
Bogota		Cundinamarca	

Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual	Salario Integral
Empleado	$828116	y/o $

Envío de Notificación: Sucursal Principal X Sucursal Ciudad
Tipo de Trabajador: Independiente Contratista Dependiente X Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	N° de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes"

6. Clientes Considerados PEP'S

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO X ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO X Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y coticé 150 semanas.
Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO X

8. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.
- Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

9. Voluntad de Selección y afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones.
Manifiesto que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Jhon Julio
FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor:
No. de Identificación del Promotor:
Firma del Promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

Scanned by CamScanner

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) WILLIAM RAFAEL MORALES FRANCO identificado(a) con CC número 73135588 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	10/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

lunes, 9 de diciembre de 2019 a las 11:43 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001473640000208048.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD

No. De Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE (En las instalaciones especificas consultar anexos al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tramite: A. Afiliación [X] B. Traslado de Administradora [ ]

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

3. Régimen: A. Contributivo [1] 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 (consultar anexo 1 EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Morales	Franco	William	Rafael

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	73.135.588	Femenino [ ] Masculino [X]	12 08 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Nivel educativo	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	1 2 3 4 5 6		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Número de Radicación de cotización AFC
Equidad	Porvenir	828116.

18. Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
TV. 54 Nº 30-2	6953813.	3116998040	gerencia.umacon@hotmail.com.

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificacion 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: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificacion 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 de documento de identidad	27. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

	29. Parentesco	Condicion I	Condicion P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

COOSALUD EPS
NIT 900.226.715-3

10/ 12 /2019

AFILIACION Y REGISTROS SB
2309201900 /sujeto a verificacion

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

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
D		
E		
F		

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

35. Nombre o razon social	36. Tipo de documento de identificación	37. Numero del documento de identificacion	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
Umacon obras civiles y Arquitectonicas S.A.S	NT	900241730-7	Porvenir

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
K 121 Nº 76 B 23	6953813	gerencia.umacon@hotmail.com	Bogota	Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

10. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificacion de datos basicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualizacion del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualizacion y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]	10/12/2019

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaracion 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. Declaracion de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaracion de no intemeción 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 clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiados o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente a las entidades publicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorizacion 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 del Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o al celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

William Morales.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

AUTOMACON LTDA

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 conciliacion o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que declare divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica acta de conciliacion o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopcion o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del
- [ ] 62. Documento en que conste la p… …zante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de tra…
- [ ] 64. Certificación de vinculación a u…
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o… …afiliación de oficio.

COOSALUD EPS
NIT 900.226.715-3
10/ 12 /2019
AFILIACION Y REGISTROS SB
2309201900 /sujeto a verificacion

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS PO…

66. Identificación de la Entidad Territ… Código del Municipio	Código del depar…	69. Fecha de validación
		[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

70. Datos del funcionario que realiza l…

Primer apellido	Segundo nombre

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

OBSERVACIONES:

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
NIT

CERTIFICA QUE:

WILLIAM RAFAEL MORALES FRANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.135.588**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2019.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) JAIME ANTONIO DEAN CABALLERO identificado(a) con CC número 73118786 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	10/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

lunes, 9 de diciembre de 2019 a las 11:47 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001473730000208057.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004527137	1|1|1|2|2|0|1|9

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
DEAN (Primer apellido)	CABALLERO (Segundo apellido)	JAIME (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	73118786	Femenino ☐ Masculino ☒	2|8|0|3|1|9|6|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

s personales

ı nia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	828116

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
BL E1 22 BARRIO LOS CORALES		3116998040	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
CARTAGENA	Urbana ☒ Rural ☐		BOLIVAR

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
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						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	UAB CARTAGENA DE INDIAS CRA. 71 - TOTAL 22 SAS PIE DE LA POPA CP	CGNAINDIAS - 2PIEDECERR
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación				
CR 121 NO 76 B 23 (Dirección)	6953813 (Teleéfono)	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4004527137

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|0|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Jaime Dean	UMACON LTDA.

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionarlo que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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) **JAIME ANTONIO DEAN CABALLERO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **73118786,** se encuentra afiliado (a) desde **27/10/1989** 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 COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	1	HORIZONTE	21/01/2000	No Aplica
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/05/2010	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de diciembre 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.

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) HENRY RUIZ ARIZA identificado(a) con CC número 73085046 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	10/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

lunes, 9 de diciembre de 2019 a las 11:49 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001473760000208060.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004526427	1|1|1|2|2|0|1|9

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RUIZ (Primer apellido)	ARIZA (Segundo apellido)	HENRY (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	73085046	Femenino ☐ Masculino ☒	2|9|0|3|1|9|6|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	828116

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
MZ 6 LT 6	6953813	3144149099	RECURSOS.UMACON@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
CARTAGENA	Urbana ☒ Rural ☐		BOLIVAR

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

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

Datos complementarios

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

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)
	Urbana	Rural			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	UAB PEDRO DE HEREDIA - TOTAL 22 SAS PROVIDENCIA	STPEDROH - TOTAL22
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación				
Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 121 NO 76 B 23	6953813	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4004526427

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|0|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. LARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Henry Ruiz.	UMACON LTDA.

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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) **HENRY RUIZ ARIZA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **73085046,** se encuentra afiliado (a) desde **18/06/1993** 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 11 de diciembre 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.

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) ALFONSO DE AVILA MARTINEZ identificado(a) con CC número 9287184 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	10/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

lunes, 9 de diciembre de 2019 a las 11:53 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001473840000208068.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

No de Radicacion
4004526818

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		1|0|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
CCF002	1	

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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Alfonso de Avila.	UMACON LTDA.
54. Cotizante o 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: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1
- ☐ opia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
DE AVILA	**MARTINEZ**	**ALFONSO**	

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
9287184	CC TI **X** CE PA	**1965 07 09**	**X**	**2019 12 11**

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: ALFONSO DE AVILA MARTINEZ identificado con el documento de identidad número: 9287184, **X** NO autorizo a Salud Total EPS a ...arme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Alfonso de Avila

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total Salud Total EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ALFONSO DE AVILA MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **9.287.184**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2019.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) EDGAR ALFONSO DE AVILA CABARCAS identificado(a) con CC número 1007754776 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	10/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

lunes, 9 de diciembre de 2019 a las 11:54 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001473860000208070.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004526829	1|1|1|2|2|0|1|9

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐ A. Individual: B. Institucional ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
DE AVILA Primer apellido	CABARCAS Segundo apellido	EDGAR Primer nombre	ALFONSO Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1007754776	Femenino ☐ Masculino ☒	1|6|0|7|2|0|0|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	828116

18.Residencia

BRR LIBANO CL EL CEDRO 44 56 Dirección	6953813 Telefono fijo	3116998040 Telefono celular	RECURSOS.UMACON@GMAIL.COM Correo electronico
CARTAGENA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOLIVAR Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					

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						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	UAB CARTAGENA DE INDIAS CRA. 71 - TOTAL 22 SAS PROVIDENCIA	CGNAINDIAS - TOTAL22
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación				
CR 121 NO 76 B 23 Dirección	6953813 Teleéfono	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		1|0|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código: ☐	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Edgar de Avila.	FIMACON LTDA.

IX. ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDGAR ALFONSO DE AVILA CABARCAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.754.776**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2019.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, **¿por qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) LUIS ALBERTO ACOSTA IRIALTE identificado(a) con CC número 1049930626 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	12/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

miércoles, 11 de diciembre de 2019 a las 01:47 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001491390000210431.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

7

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

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

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 [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Acosta	Segundo apellido: Triana	Primer nombre: Luis	Segundo nombre: Alberto

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1.049.930.626	Femenino [ ] Masculino [X]	12 / 10 / 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ]	Tipo [ ] Condición [ ]	[ ]	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Equidad	Porvenir	828 116

18. Residencia				
Tr 54 N° 30-2	6953813	3116998040	recursos.umicana@gmail.com	
Municipio/Distrito: Cartagena	Zona: Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad/Comuna	Departamento: Bolivar	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Unión Obras Civiles y Arquitect	NIT	900241730-7	Porvenir

39. Ubicación Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
Kr 121 N° 76B-23	6953813	gerencia.umicana@hotmail	Bogota	Bogota

VIGILADO Supersalud

- 2a. COPIA: AFILIADO -

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

MUTUAL SER
Empresa Solidaria de Salud
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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 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 [ ]	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha 12/12/2019

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

VIII. FIRMAS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

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

- 2a. COPIA: AFILIADO -

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS ALBERTO ACOSTA IRIALTE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.930.626**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2019.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

UTT

MEDELLIN

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:12:57 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771842

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	ADMINISTRATIVO	**Código Sucursal**	03
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	9	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1007369221	ERIKA MAYERLY CONTRERAS PEREZ	01	00	X															0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 634.889	$ 101.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 634.889	$ 25.400	6,960	$ 634.889	$ 44.200	(CCF21) CAFAM	$ 634.889	$ 25.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.600
CC 1022938605	JENNY ANDREA GONZALEZ SANCHEZ	01	00																0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1026299728	ARICSON ALEXMIR SORZA ACOSTA	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1233688142	CRISTIAN ANDRES MEJIA TANGARIFE	01	00																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 12551814	JACINTO ROQUE DE LA ROSA MANJARREZ	01	00																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 15646385	SAID MAURICIO MENDOZA COGOLLO	01	00	X															0	3	3	3	3	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 82.812	$ 13.300	(EPS005) EPS SANITAS	$ 82.812	$ 3.400	6,960	$ 82.812	$ 5.800	(CCF21) CAFAM	$ 82.812	$ 3.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.900
CC 79881541	EDWIN HARLEY CONTRERAS ABAUNZA	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80491807	JOSE JOAQUIN URIBE ABAUNZA	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80859533	JULIAN RICARDO CORTES BELLO	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 1.042.400	$ 261.200	$ 453.900	$ 261.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.018.700	$ 2.000	$ 2.020.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:10:39 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771761

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	OPERATIVO	**Código Sucursal**	02
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	17	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000937546	CRISTIAN DANILO WILCHES MEJIA	01	00	X																0	5	5	5	5	(230301) PORVENIR	$ 138.020	$ 22.100	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 138.020	$ 5.600	6,960	$ 138.020	$ 9.700	(CCF21) CAFAM	$ 138.020	$ 5.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 43.000
CC 1002863372	JUAN FERNANDO LONDOÑO OCAMPO	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 110.416	$ 17.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 110.416	$ 4.500	6,960	$ 110.416	$ 7.700	(CCF21) CAFAM	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.400
CC 1015996703	DIEGO ARLEY YEPES ZARAZA	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 1019112363	KEVIN ALEXANDER SANABRIA ALFARO	01	00	X																0	18	18	18	18	(230301) PORVENIR	$ 496.870	$ 79.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 496.870	$ 19.900	6,960	$ 496.870	$ 34.600	(CCF21) CAFAM	$ 496.870	$ 19.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.900
CC 1020222321	EDUAR CARVAJAL GOEZ	01	00	X																0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 55.208	$ 8.900	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 55.208	$ 2.300	6,960	$ 55.208	$ 3.900	(CCF21) CAFAM	$ 55.208	$ 2.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.400
CC 1033783599	MIGUEL ANGEL RUEDA WILCHES	01	00	X																0	8	8	8	8	(231001) COLFONDOS	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 1083434621	LUIS ANGEL DE RIQUETT	01	00	X																0	4	4	4	4	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 110.416	$ 17.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 110.416	$ 4.500	6,960	$ 110.416	$ 7.700	(CCF21) CAFAM	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.400
CC 19401600	RAMON RICARDO RUEDA CANON	01	00	X																0	8	8	8	8	(25-14) COLPENSIONES	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 3066797	JOSE ADRIAN GALINDO CRUZ	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 71943737	LEANTICO LEUDO OSPINO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 73150571	OSCAR URIEL DUQUE AVENDAÑO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 27.604	$ 4.500	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 27.604	$ 1.200	6,960	$ 27.604	$ 2.000	(CCF21) CAFAM	$ 27.604	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.900
CC 79347385	DANIEL AVILA GALINDO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 80926408	JUAN GABRIEL PAEZ ESPINOSA	01	00		X															0	17	17	17	17	(230301) PORVENIR	$ 469.266	$ 75.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 469.266	$ 18.800	6,960	$ 469.266	$ 32.700	(CCF21) CAFAM	$ 469.266	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400
CC 9159353	JESUS DAVID OSORIO FRANCO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 9159613	JOSE MIGUEL LOPEZ BARRAZA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
PE 832631113031988	NESTOR DANIEL CONTRERAS HERNANDEZ	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 220.831	$ 35.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
PE 980686629101979	CARLOS LUIS SANCHEZ PENALOZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:14:09 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771793

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	MARVAL ZIPAQUIRA	**Código Sucursal**	08
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	7	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1019028613	CARLOS GIOVANNY SUA PEREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1073675011	ANDERSON BONEL ARIZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 828.116	$ 132.500	(EPS010) EPS SURA	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 7564346	JHONNY URIEL GUALDRON BLANCO	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS010) EPS SURA	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 79211112	MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ GARZON	01	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
PE 901587901061981	VICTOR JULIO SALAZAR GOMEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
PE 966378108031987	NESTOR EULICES PAEZ ARROYO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
PE 967179917011985	REINALDO JOSE OBERTO CALLEJA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 5.796.812	$ 5.796.812	$ 5.796.812	$ 5.796.812	$ 927.500	$ 232.400	$ 403.900	$ 232.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.796.200	$ 1.600	$ 1.797.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) RAFAEL ANTONIO LEUDO MORALES identificado(a) con CC número 1028039579 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	07/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	Activo

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

miércoles, 11 de diciembre de 2019 a las 10:04 AM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001488680000210018.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004525621	1|1|1|2|2|0|1|9

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LEUDO (Primer apellido)	MORALES (Segundo apellido)	RAFAEL (Primer nombre)	ANTONIO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1028039579	Femenino ☐ Masculino ☒	0|7|0|4|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	PROTECCION	828116

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 111 34 90	6953813	3135170142	RECURSOS.UMACON@HOTMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
MEDELLIN	Urbana ☒ Rural ☐		ANTIOQUIA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				

Datos complementarios

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

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)
	Urbana	Rural			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB VILLANUEVA - VS UOD VILLANUEVA	VSVILLANUE - VSODVILLAN
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación				
CR 121 NO 76 B 23 (Dirección)	6953813 (Teleéfono)	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4004525621

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|7|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPS044	1	

CLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46.☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47.☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53.☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Rafael Leudo.	CMACON LTDA.

IX.ANEXOS

☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☒ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ 1 ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 1

☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
LEUDO	MORALES	RAFAEL	ANTONIO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1028039579	CC TI X CE PA	1996 04 07	X	2019 12 11

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X NO

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: RAFAEL ANTONIO LEUDO MORALES identificado con el documento de identidad número: 1028039579, X NO autorizo a Salud Total EPS a ...arme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Rafael Leudo.

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

Salud Total EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEUDO MORALES RAFAEL ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **1.028.039.579** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de mayo de 2018 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 11 de diciembre 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

UTT

IBAGUE

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:12:57 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771842

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	ADMINISTRATIVO	**Código Sucursal**	03
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	9	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones				Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1007369221	ERIKA MAYERLY CONTRERAS PEREZ	01	00	X																0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 634.889	$ 101.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 634.889	$ 25.400	6,960	$ 634.889	$ 44.200	(CCF21) CAFAM	$ 634.889	$ 25.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.600
CC 1022938605	JENNY ANDREA GONZALEZ SANCHEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1026299728	ARICSON ALEXMIR SORZA ACOSTA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1233688142	CRISTIAN ANDRES MEJIA TANGARIFE	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 12551814	JACINTO ROQUE DE LA ROSA MANJARREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 15646385	SAID MAURICIO MENDOZA COGOLLO	01	00	X																0	3	3	3	3	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 82.812	$ 13.300	(EPS005) EPS SANITAS	$ 82.812	$ 3.400	6,960	$ 82.812	$ 5.800	(CCF21) CAFAM	$ 82.812	$ 3.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.900
CC 79881541	EDWIN HARLEY CONTRERAS ABAUNZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80491807	JOSE JOAQUIN URIBE ABAUNZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80859533	JULIAN RICARDO CORTES BELLO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 1.042.400	$ 261.200	$ 453.900	$ 261.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.018.700	$ 2.000	$ 2.020.700

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:10:39 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771761

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	OPERATIVO	**Código Sucursal**	02
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	17	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000937546	CRISTIAN DANILO WILCHES MEJIA	01	00	X																0	5	5	5	5	(230301) PORVENIR	$ 138.020	$ 22.100	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 138.020	$ 5.600	6,960	$ 138.020	$ 9.700	(CCF21) CAFAM	$ 138.020	$ 5.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 43.000
CC 1002863372	JUAN FERNANDO LONDOÑO OCAMPO	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 110.416	$ 17.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 110.416	$ 4.500	6,960	$ 110.416	$ 7.700	(CCF21) CAFAM	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.400
CC 1015996703	DIEGO ARLEY YEPES ZARAZA	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 1019112363	KEVIN ALEXANDER SANABRIA ALFARO	01	00	X																0	18	18	18	18	(230301) PORVENIR	$ 496.870	$ 79.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 496.870	$ 19.900	6,960	$ 496.870	$ 34.600	(CCF21) CAFAM	$ 496.870	$ 19.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.900
CC 1020222321	EDUAR CARVAJAL GOEZ	01	00	X																0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION (ING. + PROTECCION)	$ 55.208	$ 8.900	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 55.208	$ 2.300	6,960	$ 55.208	$ 3.900	(CCF21) CAFAM	$ 55.208	$ 2.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.400
CC 1033783599	MIGUEL ANGEL RUEDA WILCHES	01	00	X																0	8	8	8	8	(231001) COLFONDOS	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 1083434621	LUIS ANGEL DE RIQUETT	01	00	X																0	4	4	4	4	(230201) PROTECCION (ING. + PROTECCION)	$ 110.416	$ 17.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 110.416	$ 4.500	6,960	$ 110.416	$ 7.700	(CCF21) CAFAM	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.400
CC 19401600	RAMON RICARDO RUEDA CANON	01	00	X																0	8	8	8	8	(25-14) COLPENSIONES	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 3066797	JOSE ADRIAN GALINDO CRUZ	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 71943737	LEANTICO LEUDO OSPINO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 73150571	OSCAR URIEL DUQUE AVENDAÑO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 27.604	$ 4.500	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 27.604	$ 1.200	6,960	$ 27.604	$ 2.000	(CCF21) CAFAM	$ 27.604	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.900
CC 79347385	DANIEL AVILA GALINDO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 80926408	JUAN GABRIEL PAEZ ESPINOSA	01	00		X															0	17	17	17	17	(230301) PORVENIR	$ 469.266	$ 75.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 469.266	$ 18.800	6,960	$ 469.266	$ 32.700	(CCF21) CAFAM	$ 469.266	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400
CC 9159353	JESUS DAVID OSORIO FRANCO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 9159813	JOSE MIGUEL LOPEZ BARRAZA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
PE 8326311130319888	NESTOR DANIEL CONTRERAS HERNANDEZ	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 220.831	$ 35.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
PE 5806866291019795	CARLOS LUIS SANCHEZ PEÑALOZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

UTT

POPAYAN

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:12:57 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771842

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	ADMINISTRATIVO	**Código Sucursal**	03
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	9	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1007369221	ERIKA MAYERLY CONTRERAS PEREZ	01	00	X																0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 634.889	$ 101.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 634.889	$ 25.400	6,960	$ 634.889	$ 44.200	(CCF21) CAFAM	$ 634.889	$ 25.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.600
CC 1022938605	JENNY ANDREA GONZALEZ SANCHEZ	01	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1026299728	ARICSON ALEXMIR SORZA ACOSTA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1233688142	CRISTIAN ANDRES MEJIA TANGARIFE	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 12551814	JACINTO ROQUE DE LA ROSA MANJARREZ	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 15646385	SAID MAURICIO MENDOZA COGOLLO	01	00	X																0	3	3	3	3	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 82.812	$ 13.300	(EPS005) EPS SANITAS	$ 82.812	$ 3.400	6,960	$ 82.812	$ 5.800	(CCF21) CAFAM	$ 82.812	$ 3.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.900
CC 79881541	EDWIN HARLEY CONTRERAS ABAUNZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80491807	JOSE JOAQUIN URIBE ABAUNZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80859533	JULIAN RICARDO CORTES BELLO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 1.042.400	$ 261.200	$ 453.900	$ 261.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.018.700	$ 2.000	$ 2.020.700

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Mas que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) ALFREDO BOLIVAR ALFARO identificado(a) con CC número 19335071 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	02/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

sábado, 30 de noviembre de 2019 a las 01:01 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001417130000199528.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004532751	1|2|1|2|2|0|1|9

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐ B. Colectiva ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
BOLIVAR (Primer apellido)	ALFARO (Segundo apellido)	ALFREDO (Primer nombre)	(Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	19335071	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|0|4|1|9|5|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
3	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	COLFONDOS	828116

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 69 D N 111 20	6953813	3144149099	RECURSOS.UMACON@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS MINUTO - VS MINUTO	VSMINUTO - VSMINUTO
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 121 NO 76 B 23	6953813	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4004532751

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|2|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Alfredo Bolivar	EMACON

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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) **ALFREDO BOLIVAR ALFARO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **19335071,** estuvo afiliado (a) al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *TRASLADADO A OTRO FONDO.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	10	CITI COLFONDOS	13/06/2003	No Aplica
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	10	CITI COLFONDOS	01/08/2003	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de diciembre 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.

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) YERVIA ALEXIS DAVILA VEGA identificado(a) con PE número 838313314091991 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	02/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

sábado, 30 de noviembre de 2019 a las 01:11 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001417140000199529.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9006333892

9006333892

No. de Radicación: 18919615

Fecha de Radicación: 12 12 2019

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

I. DATOS DEL TRAMITE

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

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

6. Apellidos y nombres	DAVILA	VEGA	YERVIA	ALEXIS

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino / Masculino X	10. Fecha de nacimiento
PE	838313314091991		14 09 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SEGUROS DE VIDA LA EQUIDAD	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia
$828.116	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
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
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad Tipo (F, N, M, S, P) / 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		
D		
E		
F		

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)	
UMACON OBRAS CIVILES Y	NT	900241730		
39. Ubicación				
CRA 121 76B 23	6953813		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 suspensión en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reconocimiento en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar X 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Misma Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Prepensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación				
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad: 02 12 2019
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Cotización de dependientes adicionales del beneficiario o afiliado adicional
47. Declaración de aportes de otra entidad para el Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia y la veracidad de hechos mediante documento que trae dicha entrega de los documentos que acreditan la condición de cotizante
49. Declaración de no cotización del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para el uso de los datos y información personal que reposa en la entidad, con el fin de ser utilizados para los fines y propósitos establecidos en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
51. Autorización para que la EPS reporte a Empresas con las que tengan convenio la afiliación del reporte de novedades y a la base de datos de afiliados vigentes y al retiro de afiliados activos, para los fines y propósitos establecidos
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 a celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

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

57. Copia del declaración de reconocido 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 sentencia judicial o sentencia arbitral que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento que acredite la calidad 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 y 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 de departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: AYUDANTE DE ALBAÑILERIA

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

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

Cambio Empleo

INTERNET

V02.2016

Fondo de Pensiones Obligatorias

porvenir

Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800.144.331-3

Nº 21450427

21450427

(41 1 310) Ciudad Bogota | Fecha de Solicitud de Afiliación 2 0

1. Tipo de Vinculación

Vinculación Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias: A

Traslado de AFP (Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias | Pensión Familiar
Entidad Origen Traslado
Entidad Destino

Traslado de Régimen
(Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir)
Entidad Origen Traslado | Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: CC TI CE PAS RC CD — Nº de Documento de Identidad: PE-8383133 — Fecha de Expedición del Documento de Identidad: 20180805 — Lugar de Expedición: Bogota — Género: M X F — Es Pensionado (Jubilado): SI NO X

Primer Apellido: Davila — Segundo Apellido: Vega — Primer Nombre: Yerua — Otros Nombres: Alexis

Fecha de Nacimiento: 19910914 — Lugar de Nacimiento: Venezuela — Nacionalidad: Colombiana — Otra ¿Cuál?: Venezolana

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Carrera 72 F # 80.06 — Barrio: Bosa — Ciudad/Municipio: Bogota

Departamento: Cundinamarca — Nº de Teléfono Fijo — Nº de Teléfono Celular: 3229762792

Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

Dirección Laboral — Ciudad — Departamento — Nº de Teléfono

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT X C.C C.E PAS T.I — Nº de Documento de Identidad: 900241730 — Nombre y/o Razón Social: Umacon Obras civiles

Ciudad: Bogota — Dirección Empleador — Departamento: Cundinamarca — Teléfono(s)

Ocupación o Cargo Actual: Empleado — Salario o Ingreso Mensual: $828116 — Salario Integral: y/o $

Envío de Notificación — Sucursal Principal X — Sucursal Ciudad — Tipo de Trabajador — Independiente Contratista — Dependiente X — Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigente

6. Clientes Considerados PEP'S

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO X — ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO X — Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y coticé 150 semanas. — Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO X

8. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión den de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.
- Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

9. Voluntad de Selección y afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de Prima la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Porvenir para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Yerua davila

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor: Wilson Gutierrez

No. de Identificación del Promotor: 11 366 333

Firma del Promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

Scanned by CamScanner

equidad
riesgos laborales

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) CARLOS EDUARDO ARAQUE CALDERON identificado(a) con PE número 805315613081991 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	02/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

sábado, 30 de noviembre de 2019 a las 01:14 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001417170000199532.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004533443	1|2|1|2|2|0|1|9

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☒ B.Reporte de Novedades ☐	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ARAQUE (Primer apellido)	CALDERON (Segundo apellido)	CARLOS (Primer nombre)	EDUARDO (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
	805315613081991	Femenino ☐ Masculino ☒	1|3|0|8|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
5	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	828116

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 64 A 111 B 29	6953813	3232288127	RECURSOS.UMACON@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

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)
	Urbana	Rural			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS MINUTO - VS MINUTO	VSMINUTO - VSMINUTO
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación				
Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 121 NO 76 B 23	6953813	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4004533443

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|2|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Carlos Araque	UMACON LTDA.

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
ARAQUE	CALDERON	CARLOS	EDUARDO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
805315613081991		1991 08 13	X	2019 12 12

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? X
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? X
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? X
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? X
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? X

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: CARLOS EDUARDO ARAQUE CALDERON identificado con el documento de identidad número: 805315613081991, X autorizo a Salud Total EPS a ...rme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Carlos Araque

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

Salud Total EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

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) **CARLOS EDUARDO ARAQUE CALDERON**, identificado(a) con Permiso Especial de Permanencia **8.053.156**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 30 de noviembre de 2019 con saldo a la fecha de:

Saldo actual de la cuenta

Fondo	Saldo Obligatorio	Saldo Voluntario Afiliado	Saldo Voluntario Empleador	Saldo Total
Pensiones Obligatorias Mayor Riesgo	$0	$0	$0	$0

Se expide a solicitud del interesado el //.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Scanned by CamScanner

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES DE LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) JOHNNATHAN RICARDO RAMIREZ ROMERO identificado(a) con PE número 959165201031985 está afiliado(a) a nuestra Administradora de Riesgos Laborales con la siguiente información:

Empresa:	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS		
N° Identificación:	900241730		
Centro de trabajo:	Riesgo V - Tarifa - 6.960%	Sueldo básico:	$ 828.116
Inicio de cobertura:	02/12/2019	Fecha de retiro:	
Tipo de cotizante:	Dependiente	Estado:	En trámite

La anterior certificación se expide a través de nuestro sitio web https://www.laequidadarl.coop el dia:

sábado, 30 de noviembre de 2019 a las 01:17 PM

La información de la presente certificación debe ser confirmada telefónicamente en nuestra línea de atención en Bogotá al número 5922929 Ext. 1232 ó 317 4022427, citando el consecutivo 00001417190000199534.

Cordialmente,

LA EQUIDAD SEGUROS O.C. – Riesgos Laborales

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4004533023	1|2|1|2|2|0|1|9

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☒ B.Reporte de Novedades ☐	B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RAMIREZ (Primer apellido)	ROMERO (Segundo apellido)	JOHNNATHAN (Primer nombre)	RICARDO (Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
	959165201031985	Femenino ☐ Masculino ☒	0|1|0|3|1|9|8|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS LA EQUIDAD	PORVENIR FPC	828116

18.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CL 64 B 111 B 29	6953813	3232288127	RECURSOS.UMACON@GMAIL.COM

Municipio/Distrito	zona	Localidad / comuna	Departamento
BOGOTA	Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

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

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS MINUTO - VS MINUTO	VSMINUTO - VSMINUTO
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS S	NIT	900241730	01

39.Ubicación

Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento
CR 121 NO 76 B 23	6953813	GERENCIA_UMACON@HOTMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4004533023

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
☐		Femenino ☐ Masculino ☐		0|2|1|2|2|0|1|9

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☒ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☒ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Ricardo Ramirez	

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco 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 consiste 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 ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
☐	☐	☐	☐	☐		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario
☐		

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
RAMIREZ	ROMERO	JOHNNATHAN	RICARDO

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
959165201031985	RC TI CC CE PA	1985 03 01	X	2019 12 12

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

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

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: JOHNNATHAN RICARDO RAMIREZ ROMERO identificado con el documento de identidad número: 959165201031985, X SI NO autorizo a Salud Total EPS a me información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: Ricardo Ramirez

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total SaludTotal EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

Fondo de Pensiones Obligatorias

porvenir

Solicitud de Vinculación o Traslado

Nº 21450426

21450426

41 1 310 Bogota | Fecha de Solicitud de Afiliación 2 0

1. Tipo de Vinculación

Vinculado Inicial
Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, Colpensiones o Caja y desea vincularse a Porvenir
Pensiones Obligatorias X

Traslado De AFP (Permanencia mínima de 5 meses en una AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

Traslado de Régimen
Marque con X si el solicitante ha estado vinculado a alguno de estos meses en alguna entidad y desea trasladarse a Porvenir
Entidad Origen Traslado
Pensión Familiar
Entidad Destino

2. Datos Básicos

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Expedición del Documento de Identidad	Lugar de Expedición	Género	Es Pensionado (Jubilado)
CC TI CE PAS RC CD	PE-959165Z	2018 12 26	Bogota	M X F	SI NO X

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
Ramirez	Romero	Johnnathan	Ricardo

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Otra ¿Cual?
1985 03 01	Venezuela	Colombiana	Venezuela

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad/Municipio
Calle 27 Sur # 36 - 29	Bogota	Bogota

Departamento	Nº de Teléfono Fijo	Nº de Teléfono Celular
Cundinamarca		3236081253

Dirección de Correo Electrónico (e-mail)

Autorización de Envío de Información a Través de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI X NO

Dirección Laboral	Ciudad	Departamento	Nº de Teléfono

4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento	Nº de Documento de Identidad	Nombre y/o Razón Social
NIT X CC CE PAS TI	900241730	Unicon Obras Civiles

Ciudad	Dirección Empleador	Departamento	Teléfono(s)
Bogota		Cundinamarca	

Ocupación o Cargo Actual	Salario o Ingreso Mensual	Salario Integral
Empleado	$828116	y/o $

Envío de Notificación — Sucursal Principal X — Sucursal Ciudad — Tipo de Trabajador — Independiente Contratista — Dependiente X — Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido	Género	Tipo de documento	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Código Parentesco
	M F				
	M F				
	M F				
	M F				

Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido "Los beneficiarios relacionados serán verdaderos de acuerdo con las normas legales vigentes".

6. Clientes Considerados PEPS

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO X ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO X Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado a Colpensiones, a una Caja o Fondo Prestacional y cotizé 150 semanas. Tengo Derecho al Bono Pensional SI NO X

8. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de trasladar al régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

- Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150% en blanco y negro.
- Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

9. Voluntad de Selección y afiliación

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información que me ha sido suministrada"

FIRMA Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR

Hago constar que la selección del Régimen de Pais la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a Porvenir para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

Johnnathan R Ramirez

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

10. Espacio para la Administradora

Nombre del Promotor: Wilson Gutierrez

No. de Identificación del Promotor: 11.366 333

Firma del Promotor:

Firma autorizada del Representante Legal

FEB-19 F-01-AF-CR-01 V.2.0

Porvenir / Pensiones Obligatorias

Nº 21450426

FEB-19 F-01-AF-CR-01 V.2.0

Scanned by CamScanner

UTT

NEIVA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:10:39 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771761

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	OPERATIVO	**Código Sucursal**	02
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	17	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000937546	CRISTIAN DANILO WILCHES MEJIA	01	00	X																0	5	5	5	5	(230301) PORVENIR	$ 138.020	$ 22.100	(EPS034) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 138.020	$ 5.600	6,960	$ 138.020	$ 9.700	(CCF21) CAFAM	$ 138.020	$ 5.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 43.000
CC 1002863372	JUAN FERNANDO LONDOÑO OCAMPO	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 110.416	$ 17.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 110.416	$ 4.500	6,960	$ 110.416	$ 7.700	(CCF21) CAFAM	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.400
CC 1015996703	DIEGO ARLEY YEPES ZARAZA	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 1019112363	KEVIN ALEXANDER SANABRIA ALFARO	01	00	X																0	18	18	18	18	(230301) PORVENIR	$ 496.870	$ 79.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 496.870	$ 19.900	6,960	$ 496.870	$ 34.600	(CCF21) CAFAM	$ 496.870	$ 19.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.900
CC 1020222321	EDUAR CARVAJAL GOEZ	01	00	X																0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 55.208	$ 8.900	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 55.208	$ 2.300	6,960	$ 55.208	$ 3.900	(CCF21) CAFAM	$ 55.208	$ 2.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.400
CC 1033783599	MIGUEL ANGEL RUEDA WILCHES	01	00	X																0	8	8	8	8	(231001) COLFONDOS	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 1083434621	LUIS ANGEL DE RIQUETT	01	00	X																0	4	4	4	4	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 110.416	$ 17.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 110.416	$ 4.500	6,960	$ 110.416	$ 7.700	(CCF21) CAFAM	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.400
CC 19401600	RAMON RICARDO RUEDA CANON	01	00	X																0	8	8	8	8	(25-14) COLPENSIONES	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 3056797	JOSE ADRIAN GALINDO CRUZ	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 71943737	LEANTICO LEUDO OSPINO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 72150571	OSCAR URIEL DUQUE AVENDAÑO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 27.604	$ 4.500	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 27.604	$ 1.200	6,960	$ 27.604	$ 2.000	(CCF21) CAFAM	$ 27.604	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.900
CC 79347385	DANIEL AVILA GALINDO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 80926408	JUAN GABRIEL PAEZ ESPINOSA	01	00		X															0	17	17	17	17	(230301) PORVENIR	$ 469.266	$ 75.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 469.266	$ 18.800	6,960	$ 469.266	$ 32.700	(CCF21) CAFAM	$ 469.266	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400
CC 9159353	JESUS DAVID OSORIO FRANCO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 9159813	JOSE MIGUEL LOPEZ BARRAZA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
PE 8326311113031988	NESTOR DANIEL CONTRERAS HERNANDEZ	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 220.831	$ 35.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
PE 9806866291019791	CARLOS LUIS SANCHEZ PEÑALOZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

UTT

BOGOTÁ

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:12:57 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771842

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	ADMINISTRATIVO	**Código Sucursal**	03
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	9	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1007369221	ERIKA MAYERLY CONTRERAS PEREZ	01	00	X															0	23	23	23	23	(230301) PORVENIR	$ 634.889	$ 101.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 634.889	$ 25.400	6,960	$ 634.889	$ 44.200	(CCF21) CAFAM	$ 634.889	$ 25.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.600
CC 1022938605	JENNY ANDREA GONZALEZ SANCHEZ	01	00																0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1026299728	ARICSON ALEXMIR SORZA ACOSTA	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 1233688142	CRISTIAN ANDRES MEJIA TANGARIFE	01	00																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 12551814	JACINTO ROQUE DE LA ROSA MANJARREZ	01	00																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 15646385	SAID MAURICIO MENDOZA COGOLLO	01	00	X															0	3	3	3	3	(230201) PROTECCION (ING. + PROTECCION)	$ 82.812	$ 13.300	(EPS005) EPS SANITAS	$ 82.812	$ 3.400	6,960	$ 82.812	$ 5.800	(CCF21) CAFAM	$ 82.812	$ 3.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.900
CC 79881541	EDWIN HARLEY CONTRERAS ABAUNZA	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80491807	JOSE JOAQUIN URIBE ABAUNZA	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 80859533	JULIAN RICARDO CORTES BELLO	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 6.514.513	$ 1.042.400	$ 261.200	$ 453.900	$ 261.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.018.700	$ 2.000	$ 2.020.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Facil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-12-10, 03:10:39 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 1025771761

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** diciembre de 2019

PAGADO 10/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	UMACON OBRAS CIVILES Y ARQUITECTONICAS SAS	**Nombre Sucursal**	OPERATIVO	**Código Sucursal**	02
Documento	NI900241730	**Dirección**	CARRERA 121 N76 B 23		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	6953813		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	CONTRERAS ABAUNZA EDWIN HARLEY	**Identificación**	CC 79881541		
Total Afiliados	17	**ARP**	LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000937546	CRISTIAN DANILO WILCHES MEJIA	01	00	X																0	5	5	5	5	(230301) PORVENIR	$ 138.020	$ 22.100	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 138.020	$ 5.600	6,960	$ 138.020	$ 9.700	(CCF21) CAFAM	$ 138.020	$ 5.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 43.000
CC 1002863372	JUAN FERNANDO LONDOÑO OCAMPO	01	00	X																0	4	4	4	4	(230301) PORVENIR	$ 110.416	$ 17.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 110.416	$ 4.500	6,960	$ 110.416	$ 7.700	(CCF21) CAFAM	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.400
CC 1015996703	DIEGO ARLEY YEPES ZARAZA	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 1019112363	KEVIN ALEXANDER SANABRIA ALFARO	01	00	X																0	18	18	18	18	(230301) PORVENIR	$ 496.870	$ 79.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 496.870	$ 19.900	6,960	$ 496.870	$ 34.600	(CCF21) CAFAM	$ 496.870	$ 19.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.900
CC 1020222321	EDUAR CARVAJAL GOEZ	01	00	X																0	2	2	2	2	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 55.208	$ 8.900	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 55.208	$ 2.300	6,960	$ 55.208	$ 3.900	(CCF21) CAFAM	$ 55.208	$ 2.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.400
CC 1033783599	MIGUEL ANGEL RUEDA WILCHES	01	00	X																0	8	8	8	8	(231001) COLFONDOS	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 1083434621	LUIS ANGEL DE RIQUETT	01	00	X																0	4	4	4	4	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 110.416	$ 17.700	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 110.416	$ 4.500	6,960	$ 110.416	$ 7.700	(CCF21) CAFAM	$ 110.416	$ 4.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.400
CC 19401600	RAMON RICARDO RUEDA CANON	01	00	X																0	8	8	8	8	(25-14) COLPENSIONES	$ 220.831	$ 35.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
CC 3066797	JOSE ADRIAN GALINDO CRUZ	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 71943737	LEANTICO LEUDO OSPINO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 73150571	OSCAR URIEL DUQUE AVENDAÑO	01	00	X	X															0	1	1	1	1	(230301) PORVENIR	$ 27.604	$ 4.500	(EPS040) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS	$ 27.604	$ 1.200	6,960	$ 27.604	$ 2.000	(CCF21) CAFAM	$ 27.604	$ 1.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.900
CC 79347385	DANIEL AVILA GALINDO	01	00	X																0	6	6	6	6	(230301) PORVENIR	$ 165.624	$ 26.500	(EPS037) NUEVA EPS	$ 165.624	$ 6.700	6,960	$ 165.624	$ 11.600	(CCF21) CAFAM	$ 165.624	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 51.500
CC 80926408	JUAN GABRIEL PAEZ ESPINOSA	01	00		X															0	17	17	17	17	(230301) PORVENIR	$ 469.266	$ 75.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 469.266	$ 18.800	6,960	$ 469.266	$ 32.700	(CCF21) CAFAM	$ 469.266	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400
CC 9159353	JESUS DAVID OSORIO FRANCO	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
CC 9159813	JOSE MIGUEL LOPEZ BARRAZA	01	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600
PE 832631113031988	NESTOR DANIEL CONTRERAS HERNANDEZ	01	00	X																0	8	8	8	8	(230301) PORVENIR	$ 220.831	$ 35.400	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 220.831	$ 8.900	6,960	$ 220.831	$ 15.400	(CCF21) CAFAM	$ 220.831	$ 8.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 68.600
PE 980666629101979	CARLOS LUIS SANCHEZ PEÑALOZA	01	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 828.116	$ 132.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 828.116	$ 33.200	6,960	$ 828.116	$ 57.700	(CCF21) CAFAM	$ 828.116	$ 33.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.