

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14518596344



(415)7707212489984(8020) 000001451859634 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

6 6 8 9 9 6 4 7

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Cali

14. Buzón electrónico

5

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

6 6 8 9 9 6 4 7

27. Fecha expedición:

1 9 9 2 0 4 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio:

Cali

0 0 1

31. Primer apellido

GOMEZ

32. Segundo apellido

VALENCIA

33. Primer nombre

ADRIANA

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio:

Cali

0 0 1

41. Dirección principal

CL 13 OESTE 6 BIS OESTE 31 BRR ALTOS DEL AGUACATALI AP 501 C

42. Correo electrónico:

toniliti@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 1 3 6 1 5 8 3 3 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 1 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 3 0 3

Actividad secundaria

48. Código:

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 3 0 3

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario	5	4	9																							

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 9 0 5 2 1

La Información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:



NIT. 860.035.827-5

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

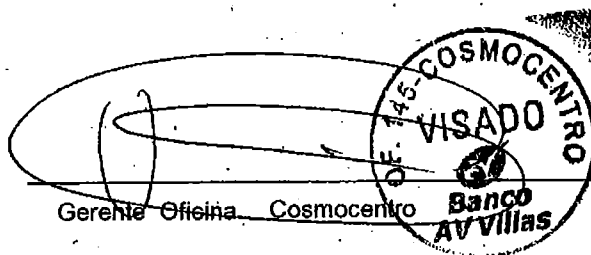
Que **ADRIANA GOMEZ VALENCIA** identificado con el documento No. **66.899.647**

posee en la oficina **PLAZA CAICEDO** (**102**) una cuenta de ahorros ✓

No. **103849480** ✓ desde el **8 de Marzo de 2012**

Se expide la presente a solicitud del interesado a los **11** días del mes de **Enero** de **2020**

Atentamente,



Esta certificación tiene un costo de \$ **10.350,00** , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1

DATOS BÁSICOS CREACIÓN BENEFICIARIO

	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL	FORMATO	Página 1 de 1
	República de Colombia	Anexo No. 1	Código: 47 - PFMDNSGDF - F022 - 02
		Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta	Vigente a partir de: 15 OCT 2015

CIUDAD Cali FECHA 11/01/2020

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIF-Nación.

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Único Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Único Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) (si es contratista).

Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

II. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Tipo documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía:

☒

No. 66.899.647

Cédula de Extranjería:

☐

No.

Nit Persona Jurídica:

☐

No.

Nit Persona Natural

☐

No.

Pasaporte:

☐

No.

Registro Civil

☐

No.

Tarjeta de Identidad:

☐

No.

Otro Tipo Documento:

☐

No.

Cust.

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

III. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima	☐	Cooperativa	☐	Empresa Ind. Y	☐
Sociedad Colectiva	☐	Empresa	☐	Ciudad del Estado	☐
Sociedad Comandita por Acciones	☐	Unipersonal	☐	Asociaciones	☐
Sociedad Comandita Simple	☐	Empresa	☐	Mutualistas	☐
Sociedad de Economía Mixta	☐	Comunitaria	☐	Fondos de	☐
Sociedad de Hecho	☐	Empresa de	☐	Empleados de	☐
Sociedad Limitada	☐	Servicio	☐	Instituto de	☐
Sociedad Sucursal Extranjera	☐	Entidad Pública	☐	Economía de	☐
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)	☐	Empresa Solidaria	☐	Solidaria	☐
		de Salud	☐	Precooperativa	☐
		Entidad sin Animo	☐		
		de Lucro	☐		
		Federación o	☐		
		Confederación	☐		
		Cooperativa de	☐		
		trabajo asociado	☐		

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO	☐	ENTIDAD EN PROCESO	SI
	PUBLICO	☐	LIQUIDATORIO	NO
	MIXTO	☐		

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO	☐	%
	PRIVADO	☐	%
	TOTAL	☐	%

IV. INFORMACION TRIBUTARIA			
TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA			
ICA	☐	IMPUESTO TIMBRE	☐
RENTA	☐	RETENCION EN LA FUENTE ICA	☐
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	☐	IGAF	☐
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA	☐	CONTRIBUYENTE	☐
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	☐	RETENCION EN LA FUENTE IVA	☐
INFORMACION EXOGENA	☐	NO CONTRIBUYENTE	☐
REGIMEN COMUN	☐	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐
REGIMEN ORDINARIO	☐	NO RESPONSABLE	☐
ENTIDAD DEL ESTADO	☐	RESPONSABLE	☐
AUTORRETENEDOR	SI ☐	☐ NO	☐
V. UBICACIÓN			
TIPO DE DIRECCION	☐	DOMICILIO CIVIL	☒
DIRECCION PROCESAL	☐	DOMICILIO FISCAL	☐
DOMICILIO CONTRACTUAL	☐	RESIDENCIA	☐
Dirección	Calle 13 Oeste No. 6Bis Oeste-31 Apto. 501C		Teléfono 3007406550
E-mail	tonititi@hotmail.com		Fax
País	Colombia		Región Valle del Cauca
Ciudad	Santiago de Cali		
Localización	Nacional ☐	Extranjera ☐	
Página Web			Contacto
Designación del contacto			E-mail del contacto
Apartado Aéreo			

VI. REPRESENTANTE LEGAL			
TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
Revisor Fiscal	☐	Tutores y Curadores por los Incapaces	☐
Albaceas	☐	Mandatarios o Apoderados Generales	☐
Representante legal de Personas Jurídicas	☐	Padres por su hijos menores	☐
Donatarios o Asignatarios	☐	Nombre Representante Legal:	
Otros	☐	Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	
VII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA			
		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
Entidad Financiera	Banco Av Villas	Número de Cuenta	103849480
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente ☐	Ahorro	☒
<p>Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales</p> <p style="text-align: center;"><u>Adriana Gómez V.</u></p> <p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)</p>			
<p>NOTA 1: el único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIF-Nación es el presente.</p> <p>NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.</p>			

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Santiago de Cali, Enero 11 de 2020

Señores
MDN-FAC-EMAVI
Cali – Valle del Cauca.

Proceso de Contratación Directa No. _____-00-J-EMAVI-GRUAC-2020

La suscrita ADRIANA GÓMEZ VALENCIA, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y del MINISTERIO para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. Manifestamos bajo la gravedad del juramento que no estamos en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés alguno, así como ninguna otra limitación de nuestra capacidad jurídica para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación previamente referido.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, cohechos o cualquier forma de halago, retribución o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre este Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 11 días del mes de enero de 2020.

Adriana Gómez V.

Nombre: ADRIANA GÓMEZ VALENCIA

Documento de Identidad: 66.899.647 de Cali

Cargo: Coordinador Programa de Ingeniería Mecánica para el GRUAC de la EMAVI

OFERTA ECONÓMICA

Proceso de Contratación Directa No. _____-00-J-EMAVI-GRUAC-2020

La suscrita, ADRIANA GÓMEZ VALENCIA identificada como aparece al pie de mi firma, manifiesto que el valor total de la propuesta es por la suma de VEINTIOCHO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINEINTOS SEIS PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA., (\$28.663.506) el cual incluye todos los gastos e impuestos a que haya lugar, y que corresponde al inicialmente enunciado dentro del estudio de mercado para el cual fui requerido.

Dicho valor obedece a los siguientes conceptos, en los cuales se relacionan todos los costos, gastos y valores que conforman el objeto contractual a realizar:

DESCRIPCION SERVICIO (objeto)	VALOR TOTAL OFERTA
Servicios de apoyo a la gestión para la coordinación académica del Programa de Ingeniería Mecánica de la Escuela Militar de Aviación	\$28.663.506.00

(*) Al momento del pago, el Departamento Financiero realizará las retenciones a que haya lugar.

Atentamente,

Adriana Gómez V.

Nombre: ADRIANA GÓMEZ VALENCIA

Cargo: Servicios de apoyo a la gestión para la coordinación académica del Programa de Ingeniería Mecánica de la Escuela Militar de Aviación

Documento de Identidad: 66.899.647 de Cali

OFERTA TÉCNICA

Proceso de Contratación Directa No. ____-00-J-EMAVI-GRUAC-2020

La suscrita, ADRIANA GÓMEZ VALENCIA identificada como aparece al pie de mi firma, declaro que conozco íntegramente el contenido de todas y cada una de las especificaciones técnicas detalladas en la solicitud de oferta del presente proceso.

De igual manera, manifiesto haber efectuado un análisis detallado, minucioso y exhaustivo de las especificaciones contenidas en el FICHA TÉCNICA, por lo que inequívocamente declaro que por ningún motivo me exonero de la responsabilidad y por lo mismo me obligo a su irrestricto cumplimiento.

Por lo anterior, me permito detallar mi propuesta técnica en los siguientes términos:

No.	ACTIVIDAD
1	Planear, programar y publicar semanalmente los horarios académicos del Programa en las herramientas de sistemas utilizadas para tal fin, verificando la disponibilidad de los docentes, la carga académica y actividades extraordinarias de la Dirección de la EMAVI y del Grupo Cadetes. Realizar las reprogramaciones de las clases que hubiere a lugar.
2	Elaborar mensualmente el documento PAC, con la proyección de las horas académicas a dictar por asignatura de los docentes hora cátedra y tramitar su envío oportuno al departamento de desarrollo humano, para trámites de pagos.
3	Verificar el cumplimiento del contenido plasmado en los syllabus y el registro de notas por parte de los docentes.
4	Realizar seguimiento diario e inmediato al cumplimiento de los horarios académicos por parte de los docentes y la coordinación diaria de los recursos físicos disponibles del programa. Así como realizar las reprogramaciones de las clases que hubiere lugar.
5	Realizar el cargue semanalmente de la información académica necesaria en el SIEFA.
6	Realizar el manejo diario de reclamos y sugerencias al proceso académico del programa, planear y realizar acciones correctivas y preventivas correspondientes al mismo proceso.
7	Apoyar el proceso de selección de docentes cátedra mediante la evaluación y trámite de documentación necesaria.
8	Informe mensual con el reporte de ejecución de horas dictadas por parte de los docentes hora cátedra, militares y de planta y sobre las demás actividades realizadas con ocasión del contrato.
9	Estadísticas mensuales del avance del programa con las novedades y porcentaje de ejecución de la malla curricular por curso.

10	Responder por los documentos físicos o magnéticos que le sean entregados o que elabore en desarrollo del contrato, entregándolos a la dependencia correspondiente.
11	Gestionar y apoyar la gestión de la realización de las actividades de extensión y/o investigación del programa.
12	Apoyar la gestión de la realización de los congresos y/o seminario planeados por el programa.
13	Realizar la documentación y trámites necesarios en los sistemas de información de la FAC.
14	Apoyar a los procesos de autoevaluación y acreditación institucional y de programa.
15	Cumplir con los requerimientos solicitados por la Jefatura de Educación Aeronáutica, el Comando del Grupo Académico pertinentes al programa de académico, así como las demás funciones asignadas por el jefe de programa en función de cumplimiento de la misión del programa académico

Adriana Gómez

Nombre: ADRIANA GOMEZ VALENCIA

Cargo: Servicios de apoyo a la gestión para la coordinación académica del Programa de Ingeniería Mecánica de la Escuela Militar de Aviación

Documento de Identidad: 66.899.647 de Cali

CERTIFICACIÓN DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Santiago de Cali, Enero 20 de 2020

Proceso de Contratación No. _____-00-J-EMAVI-GRUAC-2020

La suscrita, ADRIANA GÓMEZ VALENCIA, actuando en mi calidad de proponente, con la presente hago constar que para la fecha de entrega del presente documento, me encuentro al día en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral, para lo cual anexo el respectivo soporte en constancia de cumplimiento a las disposiciones legales que me comprometen como proponente en el referido proceso de contratación, por los últimos seis (06) meses, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo y en el párrafo 1º del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, así como en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Clase de Persona	X
Persona jurídica	
Persona natural empleadora	
Persona natural no empleadora	x
Persona natural que nunca ha contratado con el Estado	
Persona natural que nunca ha estado afiliada al SSSI	
Persona natural con asignación de retiro	

	SI	NO
Me encuentro exento(a) de re alizar los aportes al SENA y al ICBF	x	

Adriana Gómez V.
Nombre: **ADRIANA GÓMEZ VALENCIA**

Cargo: Servicios de apoyo a la gestión para la coordinación académica del Programa de Ingeniería Mecánica de la Escuela Militar de Aviación
Documento de Identidad: 66.899.647 de Cali

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

Que a la fecha de expedición de este certificado, **ADRIANA GOMEZ VALENCIA** identificado(a) con documento de identidad

CC : 66899647 se encuentra **VIGENTE** en la EPS **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S.** en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S.

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	VIGENTE
TI	1005895755	ANTHONY OLAVE GOMEZ	VIGENTE
TI	1107837622	STEVEN OLAVE GOMEZ	VIGENTE
CC	7691776	JIMMY CRISTOPHER OLAVE GUTIERREZ	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.** en el último año.

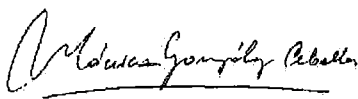
Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Periodo Cotización	Días Cotizados
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/01	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/02	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/03	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/04	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/05	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/06	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/07	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/08	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/09	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/10	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/11	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2019/12	30
CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	CC	66899647	ADRIANA GOMEZ VALENCIA	2020/01	30

En caso de observar alguna inconsistencia en la información aportada, por favor ingrese al portal Web de la EPS SOS en la sección contáctenos, o a través del correo electrónico de serviciocliente@sos.com.co.

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los ONCE (11) días del mes de ENERO del año 2020.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A., "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.



Monica Gonzalez Ceballos

Jefe Nacional de Servicio al Cliente
portal_webusr

A QUIEN PUEDA INTERESAR

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2

CERTIFICA QUE

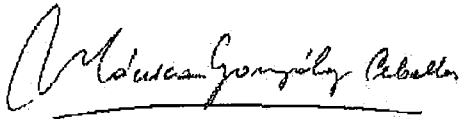
El(la) señor(a) ADRIANA GOMEZ VALENCIA, identificado(a) con documento de identidad número CC 66899647 se encuentra afiliado al Plan Complementario BIENESTAR con SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A E.P.S en calidad de COTIZANTE desde el 01/08/2018 Vigente a la fecha.

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago De Cali, a los ONCE (11) días del mes de ENERO del año 2020.

Certificado no válido para la prestación de servicios

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A.

Atentamente,



Monica Gonzalez Ceballos
Jefe Nacional de Servicio al Cliente (E)

portal_webusr

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ADRIANA GOMEZ VALENCIA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **66899647**, se encuentra afiliado (a) desde **26/09/1991** 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	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado de Salida	10	CITI COLFONDOS	20/04/1994	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/03/2015	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de enero de 2020.

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.

Medellín, 11 enero 2020

**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:**

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 11/01/2020 20:50, con relación a la afiliación y cobertura de ADRIANA GOMEZ VALENCIA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 66899647, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 01/11/2017
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 1000
Descripción ocupación: Ind Afiliados por pagos
Clase de riesgo: 1
Porcentaje de cotización: 0,522

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C668996472001175012

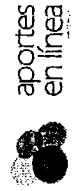
Atentamente,



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Afiliaciones y Recaudos
Dirección IP: 181.62.52.6,



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF									
CC 6689647		GOMEZ VALENCIA ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 OESTE # 6 BIS OESTE 31	CALI-VALLE	8943351	No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago											
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor									
2019-12	2019-12	9400723439	I	2020/01/14	2019/12/09	BANCO BOGOTA	0	\$296,400									
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																	
EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,020,780	\$163,400			\$1,020,780	\$127,600	\$0	\$0	\$1,020,780	\$5,400	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,020,780	\$163,400			\$1,020,780	\$127,600	\$0	\$0	\$1,020,780	\$5,400	\$0	\$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)						\$1,020,780	\$163,400			\$1,020,780	\$127,600	\$0	\$0	\$1,020,780	\$5,400	\$0	\$0
1	CC 6689647	GOMEZ ADRIANA	25-14	30	\$1,020,780	\$163,400	EP5018	30	\$1,020,780	\$127,600	0	14-11	30	\$1,020,780	\$5,400	0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,020,780	\$163,400			\$1,020,780	\$127,600			\$0	\$1,020,780	\$5,400		\$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 66899647		GOMEZ VALENCIA ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 OESTE # 6 BIS OESTE 31	CALI-VALLE	8943351	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Platilla	Platilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	9400723439	9400723439	1	1	2020/01/14	2019/12/09	0	\$296,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$163,400	\$0	\$0	\$163,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$5,400	\$0	\$0	\$5,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$127,600	\$0	\$0	\$127,600
TOTAL				1	\$296,400	\$0	\$0	\$296,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																	
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF									
CC 66899647		GOMEZ VALENCIA ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 OESTE # 6 BIS OESTE 31	CAU-VALLE	8943351	No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																	
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago												
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias	Mora	Valor								
2020-01	2020-01	9401265262	9401265262	9401265262	2020/02/12	2020/01/07	BANCO BOGOTA	0									
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																	
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,224,936			\$196,000				\$1,224,936			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,224,936			\$196,000				\$1,224,936			\$0	\$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)						\$1,224,936			\$196,000				\$1,224,936			\$0	\$0
1	CC 66899647	GOMEZ ADRIANA	25-14	30	\$1,224,936	\$196,000	EP0018	30	\$1,224,936	\$153,200		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1
Total Afiliados(1)						\$1,224,936			\$196,000				\$1,224,936			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 66899647		GOMEZ VALENCIA ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 OESTE # 6 BIS OESTE 31	CALI-VALLE	8943351	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-01	2020-01	9401265262	9401265262	1	2020/02/12	2020/01/07	BANCO BOGOTA	0	\$355,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$196,000	\$0	\$0	\$196,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$6,400	\$0	\$0	\$6,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$153,200	\$0	\$0	\$153,200	
TOTAL				1	\$355,600	\$0	\$0	\$355,600	