Sincelejo - Sucre, 23 de enero de 2025

SEÑORES:
NACIÓN - CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA – DIRECCIÓN SECCIONAL DE ADMINISTRACIÓN JUDICIAL DE SINCELEJO – SUCRE.

Referencia: Cumplimiento a cabalidad del contrato de prestación de servicios profesionales

Yo, David Marmolejo Romero, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.102.862.466, actuando en calidad de proponente persona natural, manifiesto bajo la gravedad de juramento que doy cumplimiento a las obligaciones relacionadas con el Sistema de Seguridad Social Integral y los aportes parafiscales, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 828 de 2003, el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y demás normas concordantes.

En tal sentido, certifico que:

1. Me encuentro debidamente afiliado a los sistemas de Seguridad Social en Salud y Pensiones, y adjunto los certificados de afiliación correspondientes, los cuales tienen una expedición no mayor a treinta (30) días calendario anteriores a la fecha de cierre del proceso de selección.

2. Que NO tengo personal a cargo.

3. Que, a la fecha de presentación de la propuesta, he realizado el pago de los aportes correspondientes a la nómina de los últimos seis (6) meses, contados a partir de dicha fecha, en los cuales se haya causado la obligación de efectuar dichos pagos, sin que existan saldos pendientes o mora alguna por este concepto.

La presente certificación se expide para los fines legales pertinentes y para ser aportada dentro del proceso de selección correspondiente, dejando constancia de que la información aquí suministrada es veraz y comprobable, asumiendo plena responsabilidad por su contenido.

En constancia de lo anterior, firmo el presente documento en Sincelejo, a los veintitrés (23) días del mes de enero de 2026.

Atentamente,



David Andrés Marmolejo Romero
C.C. No. 64702744 de Sincelejo
davidmarmolejo22l@gmail.com

SINCELEJO, Enero 23 de 2026

Señor:

MARMOLEJO ROMERO DAVID ANDRES

CC. 1102862466CR 13G 30 59 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 17 de 2025. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
MARMOLEJO ROMERO DAVID ANDRES	1102862466	C	Mar-17-2025	38	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
CONSORCIO INTERVIAL CATATUMBO	1102862466	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO OBRAS NUEVAS O	1102862466	Dependiente	VIGENTE
CONSORCIO VIAL HUILA	1102862466	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.