

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	GA-JEAD-FR-092
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	3
		Vigencia:	24-03-2020

CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2020-005597-CP**

FECHA: 31 de diciembre de 2020

El suscrito **Coronel ELKIN DARIO OSORIO DIAZ** Ordenador del Gasto de **Segundo Comandante - Comando Aéreo de Mantenimiento** nombrado mediante **decreto 6846** de **26 de diciembre de 2019**; autoriza el pago y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago parcial según lo estipulado mediante **contrato No. 034-00-M-CAMAN-GRUAL-2020 - Orden de Compra N 61396, cuyo objeto es:**

CONCEPTO	DESCRIPCION
PROVEEDOR	UNION TEMPORAL EMINSER - SOLOASEO 2020
NIT/ C.C	901351386
No.	No. 034-00-M-CAMAN-GRUAL-2020 - Orden de Compra N 61396
VALOR TOTAL	\$ 89.941.267,68
VALOR A PAGAR	\$ 2.576.836,38
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	Se Anexa formato de imputación de bienes y servicios por rubro presupuestal
NÚMERO DE LA ENTRADA DE SERVICIO (SAP)	1001532942 - 1001532945
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL SERVICIO RECIBIDO (SAP)	4500369494
VIGENCIA	2020
PAC MES	CUENTAS POR PAGAR 2020 - PAGADERAS PRIMER TRIMESTRE 2021
BANCO	BANCO CAJA SOCIAL COLOMBIANA S.A.
TITULAR	UNION TEMPORAL EMINSER - SOLOASEO 2020
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	AHORROS
NUMERO CUENTA	24098846951
ENDOSO (cuando aplique)	
TITULAR	NO APLICA
NIT/C.C	NO APLICA
BANCO	NO APLICA
No. CUENTA Y TIPO DE CUENTA	NO APLICA

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	N° FOLIOS
ORIGINAL	Certificación para pago Formato	2
DIGITAL	Factura No. UT 3272 - NOTA DEBITO 2	2
DIGITAL	Recibo a Satisfacción de Bienes y Servicios	4
DIGITAL	FORMATO SAP - Entrada de Bienes	3
DIGITAL	Radicación Cuentas por Pagar	1
DIGITAL	Formato Imputación de Bienes	1
DIGITAL	Resolución DIAN para facturar	2
DIGITAL	Certificado de parafiscales firmada por revisor fiscal y/o representante legal y recibo del ultimo pago (planilla pago)	37
DIGITAL	Los demás documentos que se hayan suscrito en el contrato y/o se requieran de acuerdo a la normatividad vigente.	6
TOTAL FOLIOS		58

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	GA-JEAD-FR-092
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	3
		Vigencia:	24-03-2020

En constancia de lo anterior firman:



Coronel ELKIN DARIO OSORIO DIAZ
Segundo Comandante Y Jefe De Estado Mayor Caman

Elaboró ASD2. GOMEZ / DECON Revisó: Aprobó



Nit. 901.351.386-1

Servicios Especializados de

Aseo, Cafetería y Mantenimiento

Oficinas: Cra. 21 A No. 159-35 Tel. 671 9208

Régimen Tributario: Impuesto sobre las ventas IVA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.

UT3272

FECHA FACTURA:

30 de diciembre de 2020

FECHA DE VENCIMIENTO:

30 de enero de 2021

FORMA DE PAGO:

FECHA VALIDACIÓN:

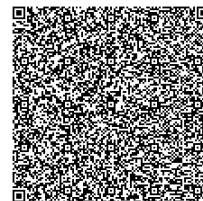
30 de diciembre de 2020 a las 12:23 PM

MEDIO DE PAGO:

Transferencia Débito Bancaria

MÉTODO DE PAGO:

Crédito



CUFE:

56408ffd728b1773142889d428b7c0cf3d4a425ebb87910d6e676db3c6c4393a7aeaaa03eb23ad5e5467151aa5f4e6a6

Autorización de numeración de facturación DIAN No. 18763005330408 del 01 de abril de 2020 al 01 de octubre de 2021 con prefijo UT3 del No. 1 al 5000.

Cliente Comando Aereo de Mantenimiento

NIT 800141641-8

Teléfono(s) 3152633271

Dirección Carrera 5 No. 2 - 91 Sur

Régimen tributario Impuesto sobre las ventas IVA

Contacto Johanna Gomez Sierra

Orden Compra 61396

Zona 11

PRESTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE ASEO Y CAFETERIA INCLUIDA SUMINISTRO DE INSUMOS MAQUINARIA Y EQUIPOS

PERIODO 26 AL 31 DICIEMBRE 2020 (5 días)

COD	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	% IVA	VR. BASE IVA	VR. SUBTOTAL
bac	Bienes de Aseo y Cafetería	1,00	966.041,60	0,00	0,00	966.041,60
OACTC	Operario de aseo y cafetería	2,00	274.673,62	0,00	0,00	549.347,24
OACTC	Operario de aseo y cafetería	6,00	164.804,20	0,00	0,00	988.825,20
AIU	Administración, imprevistos y utilidades	1,00	25.042,14	19,00	250.421,40	25.042,14

SUBTOTAL BRUTO	IVA 19 %	GRAV. ESPEC. 0%	TOTAL CON IVA	RETEIVA	RETEFUENTE	TOTAL A PAGAR:
COP 2.529.256,18	COP 47.580,07	COP	COP 2.576.836,25	COP 0,00	COP 0,00	COP 2.576.836,25

VALOR EN LETRAS: DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS Y VEINTICINCO CENTAVOS M/CTE.

OBSERVACIONES:

FAVOR CONSIGNAR: CUENTA DE AHORROS NUMERO 24098846951 BANCO CAJA SOCIAL

PORCENTAJES DE PARTICIPACION:

EMINSER SAS. NIT: 830035037-4 CON EL 70%, **SOLOASEO DISTRIBUCIONES SAS** NIT: 900.591.334-4 CON EL 25% Y **NELSON ESPITIA** NIT: 19254921-8 CON EL 5%

RÉGIMEN COMÚN - NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES / ACTIVIDAD ECONÓMICA 8129 TARIFA 9.66 X 1000

SERVICIO DE ASEO IVA DEL 19% SOBRE AIU DEL SERVICIO Y BASE PARA RETENCIONES DE RENTA, IVA E INDUSTRIA Y COMERCIO SEGÚN LEY 1607 DE DIC 2012

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN TODAS SUS PARTES Y PARA TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO). SE HACE CONSTAR QUE LAS MERCANCÍAS AQUÍ DESCRITAS FUERON REAL Y MATERIALMENTE ENTREGADAS Y RECIBIDAS A SATISFACCIÓN.

Lina López

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

Ayuda

FIRMA Y SELLO DE ACEPTACIÓN



Digitally signed by
OLIMPIA IT SAS
Date: 2020.12.30
14:39:18 -05:00
Location - Hash: CO -
DD4D6765FF7AAFO
222676B2F70CB983
284AB1A7AE7305A3
204FB1CBE299FB9

FIRMA DIGITAL

Proveedor Tecnológico Factura Electrónica de Olimpia IT.

Facturación: facturacion@eminser.com.co Contabilidad: contabilidadut@soloaseo.com Operaciones: operaciones@eminser.com.co - operacionesut@soloaseo.com

Nit. 901.351.386-1

Servicios Especializados de

Aseo, Cafetería y Mantenimiento

Oficinas: Cra. 21 A No. 159-35 Tel. 671 9208

Régimen Tributario: Impuesto sobre las ventas IVA

FACTURA ASOCIADA

UT3272

FECHA NOTA:

30 de diciembre de 2020

FECHA DE

VENCIMIENTO:

30 de enero de 2021

FORMA DE PAGO:

FECHA VALIDACIÓN:

30 de diciembre de 2020 a las 04:10 PM

MEDIO DE PAGO:

Transferencia Débito Bancaria

MÉTODO DE PAGO:

Crédito

NOTA DÉBITO: ND2

Autorización de numeración de facturación DIAN No. 18763005330408 del 01 de abril de 2020 al 01 de octubre de 2021 con prefijo UT3 del No. 1 al 5000.

Cliente Comando Aereo de Mantenimiento

NIT 800141641-8

Teléfono(s) 3152633271

Dirección Carrera 5 No. 2 - 91 Sur

Régimen tributario Impuesto sobre las ventas IVA

Contacto Johanna Gomez Sierra

Orden Compra

Zona

PRESTACIÓN INTEGRAL DEL SERVICIO DE ASEO Y CAFETERIA INCLUIDA SUMINISTRO DE INSUMOS MAQUINARIA Y EQUIPOS

PERIODO 26 AL 31 DICIEMBRE 2020 (5 días)

COD	DESCRIPCIÓN	CANT.	VR. UNITARIO	% IVA	VR. BASE IVA	VR. SUBTOTAL
AJ	Ajuste factura UT3 272	1,00	0,13	0,00	0,00	0,13

SUBTOTAL BRUTO	IVA 19 %	GRAV. ESPEC: 0%	TOTAL CON IVA	TOTAL A PAGAR:
COP 0,13	COP 0,00	COP	COP 0,13	COP 0,13

VALOR EN LETRAS: CERO PESOS Y TRECE CENTAVOS M/CTE.

OBSERVACIONES:

FAVOR CONSIGNAR: CUENTA DE AHORROS NUMERO 24098846951 BANCO CAJA SOCIAL

PORCENTAJES DE PARTICIPACION:

EMINSER SAS. NIT: 830035037-4 CON EL 70%, **SOLOASEO DISTRIBUCIONES SAS** NIT: 900.591.334-4 CON EL 25% Y **NELSON ESPITIA** NIT: 19254921-8 CON EL 5%

RÉGIMEN COMÚN - NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES / ACTIVIDAD ECONÓMICA 8129 TARIFA 9.66 X 1000

SERVICIO DE ASEO IVA DEL 19% SOBRE AIU DEL SERVICIO Y BASE PARA RETENCIONES DE RENTA, IVA E INDUSTRIA Y COMERCIO SEGÚN LEY 1607 DE DIC 2012

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN TODAS SUS PARTES Y PARA TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO). SE HACE CONSTAR QUE LAS MERCANCÍAS AQUÍ DESCRITAS FUERON REAL Y MATERIALMENTE ENTREGADAS Y RECIBIDAS A SATISFACCIÓN.

Lina López

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

Angel D. Delaun

FIRMA Y SELLO DE ACEPTACIÓN



Digitally signed by
OLIMPIA IT SAS
Date: 2020.12.30
16:18:44 -05:00
Location - Hash: CO -
A92E874816C10C3C
9B760C145918DDCC
FC53C00E03EF74794
C5ABC8366A67B1E

FIRMA DIGITAL

Proveedor Tecnológico Factura Electrónica de Olimpia IT.

Facturación: facturacion@eminser.com.co Contabilidad: contabilidadut@soloaseo.com Operaciones: operaciones@eminser.com.co - operacionesut@soloaseo.com

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	03
		Vigencia:	14-11-19

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS (PARCIAL)		FECHA 30/12/2020	
CONTRATO N°	034-00-M-CAMAN-GRUAL-2020 ORDEN DE COMPRA 61396		
FECHA SUSCRIPCIÓN	11 DE DICIEMBRE DEL 2020		
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE ASEO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO, INCLUIDO LOS ELEMENTOS DE ASEO PARA PRESTAR EL SERVICIO		
FORMA DE PAGO	PAC CUENTAS POR PAGAR 2021	14.560.738,55	
	PAC MES DE MARZO	14.560.738,55	
	PAC MES DE ABRIL	14.560.738,55	
	PAC MES DE MAYO	14.560.738,55	
	PAC MES DE JUNIO	14.560.738,55	
	PAC MES DE JULIO	14.560.738,55	
	PAC MES DE AGOSTO	14.560.738,55	
	TOTAL	101.925.169,85	
CONTRATISTA	UNION TEMPORAL EMINSER – SOLOASEO 2020 NIT. 901.351.386-1 Integrada por: EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES S.A.S 70% NELSON EDUARDO ESPITIA CAMARGO 5% SOLO ASEO DISTRIBUCIONES SAS 25%		
INTERVENTOR	N/A		
SUPERVISOR	TECNICO SUBJEFE MILLAN BOHORQUEZ ANYELA LUCIA		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	CIENTO UN MILLONES NOVECIENTOS VEINITICINCO MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS CON OCHENTA Y CINCO PESOS MCTE (\$101.925.169,85)		
PLAZO DE EJECUCION (DE ENTREGA)	30 DE JULIO DEL 2021		
FECHA DE INICIO	26 DE DICIEMBRE DEL 2020		
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A		
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A		
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1			
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	29 DE DICIEMBRE DEL 2020		
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE ASEO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO, INCLUIDO LOS ELEMENTOS DE ASEO PARA PRESTAR EL SERVICIO. SE REDUDE EL VALOR DEL CONTRATO EN ONCE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DOS PESOS CON DIECISIETE CENTAVOS (\$11.983.902,17) M/CTE.		
FORMA DE PAGO	PAC CUENTAS POR PAGAR 2021	2.576.836,38	
	PAC MARZO	14.560.738,55	
	PAC ABRIL	14.560.738,55	
	PAC MAYO	14.560.738,55	
	PAC JUNIO	14.560.738,55	
	PAC JULIO	14.560.738,55	

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	03
		Vigencia:	14-11-19

	PAC AGOSTO	14.560.738,55
	TOTAL	89.941.267,68

PLAZO DE ENTREGA	30 DE JULIO DEL 2021
VALOR FINAL DEL CONTRATO	OCHENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS CON SESENTA Y OCHO CENTAVOS MCTE (\$89.941.267,68)

En el COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO, ubicado en Madrid, Cundinamarca, el día 30 del mes de DICIEMBRE de 2020, se reunieron el señor CORONEL ELKIN DARIO OSORIO DIAZ, en su calidad de Ordenador del Gasto, la TECNICO SUBJEFE MILLAN BOHORQUEZ ANYELA LUCIA en su calidad de supervisora por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA y el señor ARMANDO SANDOVAL CASTRO Representante Legal de la empresa UNION TEMPORAL EMINSER – SOLOASEO 2020 con NIT No. 901351386 contratista; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo Parcial, de los bienes y/o servicios correspondientes al objeto contractual descrito en el citado contrato.

Luego de adelantar la inspección a lo(s) bienes y/o servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la(s) entrega(s) se cumplió dentro del plazo contractual establecido. A continuación se describen pormenorizadamente los bienes entregados y/o servicios prestados, así:

DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
CREMA LAVALOZA	3	
JABON LIQUIDO DE MANOS	8	
GEL ANTIBACTERIAL PARA MANOS	14	
DESENGRASANTE	11	
JABON EN POLVO	13	
DETERGENTE PARA DESINFECCIÓN DE SUELOS Y SUPERFICIES	6	
LIMPIAVIDRIOS	14	
HIPOCLORITO	19	
ALCOHOL INDUSTRIAL	6	
LUSTRA MUEBLES	11	
AMBIENTADOR LIQUIDO	13	
BAYETILLA BLANCA 50*50 CMS	8	
ESCOBAS CERDAS SUAVES	8	
TRAPEROS	13	
BOLSAS PLASTICA	30	
GUANTES PLASTICOS	8	
TAPABOCAS	800 UN	
PAPEL HIGIENICO BLANCO	29	
TOALLAS DE PAPEL	19	
RECOGEDOR	8	
DESCRIPCION DE SERVICIOS ENTREGADOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS (Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
Servicio prestado del 26 al 30 de Diciembre/2020.	02	SE DA INICIO CON EL PERSONAL ASIGNADO AL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR
Operario de Aseo		

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	03
		Vigencia:	14-11-19

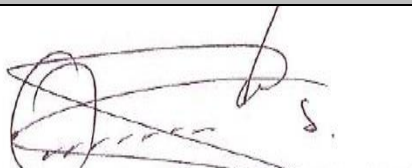
Valor por persona	\$1.695.835.22		
Valor total	\$565.278.37		
Según Ficha Técnica del Acuerdo Marco			
Servicio prestado del 28 al 30 de diciembre/2020.			
<u>Operario de Aseo</u>			
Valor por persona	\$1.695.835.22	06	(01) OPERARIO ASIGNADO PARA EL ESM. (05) OPERARIOS ASIGNADOS AL COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO
Valor total	\$1.017.501.20		
Según Ficha Técnica del Acuerdo Marco			
Bienes de Aseo y Cafetería.			
Bienes de Aseo	\$994.056.81	01	CANTIDADES ENTREGADAS DE ACUERDO A LO RELACIONADO EN BIENES RECIBIDOS
Valor total	\$994.056.81		
Según Ficha Técnica del Acuerdo Marco			
ANEXOS O ACTIVIDADES SOPORTE DE LA (\$) FACTURA (S) A CANCELAR (cuando se trate de contratos de servicios de transporte (terrestre, aéreo y fluvial) servicios de operadores logísticos o cuyo objeto obedezca a servicios logísticos, servicios de atención de eventos institucionales)		CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A		N/A	N/A
PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)			
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)	
MILENA ANDREA CANARIA QUIROGA	SERVICIO DE ASEO ESM	N/A	
MARTHA CECILIA CLAVIJO GOMEZ	SERVICIO DE ASEO ESM	N/A	
KATY EVERLIDE PAREJO SILVERA	SERVICIO DE ASEO ESM	N/A	
LILIANA PEDRAZA CASTRO	SERVICIO DE ASEO CAMAN	N/A	
DIANA MARCELA ACEVEDO CORREA	SERVICIO DE ASEO CAMAN	N/A	
CARLOS HUMBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	SERVICIO DE ASEO CAMAN	N/A	
ALISSON LORENA GOMEZ GUASCA	SERVICIO DE ASEO CAMAN	N/A	
AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS BIENES			
N/A			
SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO			
DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$101.925.169,85		
VALOR REDUCCION	\$11.983.902,17	AJUSTE AL SERVICIO RECIBIDO POR FECHA DE INICIO ORDEN DE COMPRA	
VALOR FINAL CONTRATO	\$89.941.267,68		
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	\$-0-		
PRIMER PAGO PARCIAL PAC CUENTAS POR PAGAR 2021	\$2.576.836,25	FACTURA No. UT3 272	
PAGO SALDO PAC XXXX	\$87.364.431,30		
ANEXOS			

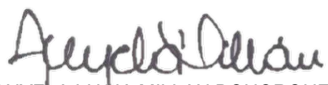
	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	03
		Vigencia:	14-11-19

NOTA: SE RELACIONAN LOS DOCUMENTOS SEGÚN APLIQUE, TENIENDO EN CUENTA LA NATURALEZA DEL PROCESO CONTRACTUAL Y EL CONTRATISTA (NACIONAL O EXTRANJERO).

TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTOS	ANEXO
ORIGINAL	Certificación para pago en el formato vigente	
COPIA	Certificado disponibilidad "CDP"	
COPIA	Registro presupuestal CRP	
COPIA	Contrato, modificatorios y/o adiciones	
ORIGINAL	Factura (s) No. UT3 272	
COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	
COPIA	Radicación cuentas por pagar de pagos parciales y/o amortización anticipos y/o legalización pagos anticipados.	
COPIA	Acta de inicio (para contratos de obra, mantenimiento, suministros, prestación de servicios)	
COPIA	Garantía Única de Cumplimiento	
COPIA	Certificación de aportes seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y recibo del último pago (planilla pago)	
COPIA	Balances de avance de obra o entrega final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles).	
ORIGINAL	Certificación de adiciones y mejoras en propiedad planta y equipo formato vigente	
COPIA	RUT	
COPIA	Cuadro resumen de ejecución y pagos para contratos en moneda extranjera	
COPIA	Certificación bancaria de la cuenta donde se abonaran los pagos	
COPIA	Imprimir pantallazo de la consulta que la cuenta bancaria este en estado ACTIVA en el sistema SIIF	
COPIA	Licencia de importación	
COPIA	Declaración de importación	
COPIA	Guía aérea	
COPIA	Guía de empaque	
COPIA	Los demás documentos que se requieran	

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON


ARMANDO SANDOVAL CASTRO
Representante Legal
UT EMINSER – SOLOASEO-2020


Técnico Subjefe ANYELA LUCIA MILLAN BOHORQUEZ
SUPERVISOR


Coronel ELKIN DARIO OSORIO DIAZ
ORDENADOR DEL GASTO



FUERZA AEREA COLOMBIANA

ENTRADA DE BIENES
POR CONCEPTO DE: EM Entr.mercancias

Doc. Material
5002553849-2020
MOVIMIENTO: 101

UNIDAD		NIT	CODIGO	ALMACEN	FECHA	CIUDAD
Comando Aéreo de Mantenimiento		800141641-8	F012	FAMS	31.12.2020	Madrid (Cundinamarca)
PROVEEDOR		NIT	CODIGO	No. PEDIDO	DESTINO	
UNION TEMPORAL EMINSER-SOLOASE		901351386		4500369285	CAMAN	

TRAZABILIDAD: FACTURA UT3272 / CTO 034 GRUAL20 / UNION TEMPORAL EMINSER - / FACTURA UT3272 CONTRATO 034 CAMAN GRUAL									
MATR	LOTE/UBIC	EQUIPO	No. PARTE	DESCRIPCION	IMPUTACN./SERIE	CANT	UD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1598510	0009995734			JABON LIQUIDO PARA MANOS 378		8,00	GLN	5.352,80	42.822,40
	01A03B01A								
2505559	0009995735			GEL ANTIBACTE/ALCOHOL ETILIC		14,00	GLN	11.692,00	163.688,00
	ERCLA								
1631066	0009995736			DESENGRASANTE LIQUIDO ALCALI		11,00	C/U	4.677,60	51.453,60
	01A03C01A								
1747056	0009995737			DETERGENTE EN POLVO X 1000 G		13,00	C/U	2.766,40	35.963,20
	01A01D05A								
1598446	0009995738			DESINFECTANTE CUATERNARIO HO		6,00	C/U	6.136,00	36.816,00
	01A07D01A								
1497146	0009995739			LIMPIAVIDRIOS X 3750 CM3		14,00	GLN	3.323,20	46.524,80
	01A03C01A								
1754803	0009995740			BLANQUEADOR HIPOCLORITO		19,00	C/U	3.839,20	72.944,80
	01A03C02A								
1481938	0009995741			LUSTRADOR MUEBLE X 200 C.C.		11,00	C/U	1.840,80	20.248,80
	01A01C03A								
1344078	INSUMOS			AMBIENTADOR LIQUIDO DE 3000		13,00	C/U	3.931,20	51.105,60
	01A03A01A								
1749512	0009995742			BAYETILLA DE ALGODÓN DE 70X1		8,00	C/U	2.553,60	20.428,80
	01A01C03A								
1273541	0009995743			ESCOBA SUAVE		8,00	C/U	1.677,60	13.420,80
	01A01B04A								
1482174	0009995744			TRAPERO DE FIBRA DE ALGODON		13,00	C/U	2.535,20	32.957,60
	01A01B03A								

TOTALES		932.654,40
MONTO: NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON- CUARENTA /100 M.CTE		
RECIBI		
ALMACENISTA		
POST-FIRMA		
HUGOPULP		

FUERZA AEREA COLOMBIANA				ENTRADA DE BIENES POR CONCEPTO DE: EM Entr.mercancias			Doc. Material 5002553849-2020 MOVIMIENTO: 101		
MATNR	LOTE	EQUIPO	No. PARTE	DESCRIPCION	IMPUTACN./SERIE	CANT	UD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
1630741	0009995745			BOLSA DE ASEO BLANCA DE 60 X		30,00	C/U	368,80	11.064,00
	01A03A02A								
1469578	0009995746			GUANTE DE CAUCHO CAL 25 T 8		8,00	PAA	1.954,40	15.635,20
	01A01B05A								
2500259	0009995747			TAPABOCA ALGODON DESECHABLE		800,00	C/U	43,60	34.880,00
	01A01C03A								
1461789	0009995748			PAPEL HIGIENICO DOBLE HOJA D		29,00	C/U	5.221,60	151.426,40
	01A03E01A								
1400577	0009995749			TOALLA DESECHABLE MANOS 150C		19,00	C/U	2.963,20	56.300,80
	01A01D01A								
1482173	0009995750			RECOGEDOR PLASTICO		8,00	C/U	1.159,20	9.273,60
	01A01B02A								
1742762	0009995751			JABON LAVA LOZA X 900 GMS		3,00	C/U	3.618,40	10.855,20
	01A01C05A								
1215343	0009995752			ALCOHOL ETILICO 70% (MULTIUS		6,00	GLN	9.140,80	54.844,80
	01A03C01A								

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN

PEDIDO: 4500369494

CONTRATO: 034-00-M-CAM



PROVEEDOR DE SERVICIOS		UNION TEMPORAL EMINSER - SOLOASEO 2			FECHA DE RECIBO		31.12.2020	
UNIDAD RECEPTORA		5012 CAMAN						
CONCEPTO								
Hace constar que se recibieron a entera satisfacción el / los servicios que a continuación se relacionan y que el proveedor cumplió con las obligaciones contraídas en el / los pedidos 4500369494, contrato interno 034-00-M-CAM de fecha 00000000 respectivamente.								
ID	PEDIDO	POS	Ent. Activ.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	4500369494	00010	1001532942	SERVICIO DE ASEO DICIEMBRE				298.001,47
2	4500369494	00020	1001532945	SERVICIO DE ASEO DICIEMBRE				1.346.180,51
VALOR TOTAL SERVICIOS							COP	1.644.181,98

OBSERVACIONES

SE REGISTRA ENTRADA DEL SERVICIO FACTURA UT3272 NOTA DÉBITO:ND2
CONTRATO 034-00-M-CAMAN-GRUAL-2020 ACUERDO MARCO DE PRECIOS OC 61396

FIRMAS

PD6.MARIA AURORA BARON HURTADO
PROFESIONAL PARESUPUESTAL

**Cuenta por pagar – Comprobante.**

Usuario Solicitante: MHjgomezs Johanna Gomez Sierra
Unidad ó Subunidad 15-01-05-011 FAC COMANDO AEREO DE
Ejecutora Solicitante: MANTENIMIENTO CAMAN
Fecha y Hora Sistema: 2020-12-31-10:02 a. m.

CUENTAS POR PAGAR							
Numero:	128520	Fecha Registro:	2020-12-31	Unidad / Subunidad Ejecutora:	15-01-05-011 FAC COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO CAMAN		
Estado:	Radicada	Tipo de Cuenta x Pagar:	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	Nro. Compromiso:	139220	Nro. Cdp:	12820
Caja menor-Identif.:		Caja Menor-Fecha Registro:		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Antes del Iva:	2.529.256,31	Valor Iva:	47.580,07	Valor Total:	2.576.836,38	Valor Total Moneda Orig.:	0,00
TERCERO							
Identificacion:	901351386	Razon Social:	UNION TEMPORAL EMINSER-SOLOASEO 2020				

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	DESCRIPCION
6	OFICIO
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
17	FACTURA

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS		
NUMERO	TIPO	FECHA
UT 3272 NOTA DEBITO 2	FACTURA	2020-12-30

Objeto.:	PRESTACION DE SERVICIOS DE ASEO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO, INCLUIDO LOS ELEMENTOS DE ASEO PARA PRESTAR EL SERVICIO -CONTRATO N 034-00-M-CAMAN-GRUAL-2020 - ORDEN DE COMPRA N 61396
----------	--


31-12-2020
CT. BARÓN MARTÍNEZ KAREN LORENA
JEFE DEPARTAMENTO DE CONTRATOS

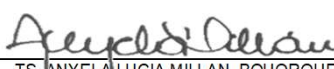
	FUERZA AÉREA COLOMBIANA				Código	GA-JEAD-FR-116
	FORMATO DE IMPUTACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL				Versión No:	2
					Vigencia	12/06/2019

Jefatura o Unidad:	COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO
Nombre del Supervisor de Contrato	TS. ANYELA LUCIA MILLAN BOHORQUEZ
Ordenador del Gasto	CAMAN - SECOM
No. Contrato	034-00-M-CAMAN-GRUAL-2020 – ORDEN DE COMPRA 61396
Objeto del contrato	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASEO PARA LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DEL COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO, INCLUIDO LOS ELEMENTOS DE ASEO PARA PRESTAR EL SERVICIO
Valor del contrato	\$ 101.925.169,85
Adición / Reducción	-\$ 11.983.902,17
Valor final del contrato	\$ 89.941.267,68

IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN										USO PRESUPUESTAL INVERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR APROPIACION POR RUBRO
CTA	SUB CTA	OBJ	ORD	SUB ORD	ITEM	SUB ITEM 1	SUB ITEM 2	SUB ORD	RECURSO				
TOTAL VIGENCIA 2019													\$ 0,00
02	02	02	008	005					10		ADQUISICION DE SERVICIOS	Servicios de limpieza	\$ 2.576.836,38
TOTAL VIGENCIA 2020													\$ 2.576.836,38
02	02	02	008	005					10		ADQUISICION DE SERVICIOS	Servicios de limpieza	\$ 87.364.431,30
TOTAL VIGENCIA 2021													\$ 87.364.431,30
TOTAL VIGENCIAS 2019, 2020, 2021													\$ 89.941.267,68

Control - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y último CPA)													\$ 0,00
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------

No. PAGO	MES DE PAGO	MES AMORTIZACIÓN PAGO	DETALLE DEL PAGO	RUBRO	DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO	VALOR TOTAL PARA PAGO	VALOR PARA TRAMITE DE PAGO POR RUBRO	SALDOS
1	dic-20		PAC CUENTAS POR PAGAR 2021	02-02-02-008-005	Servicios de limpieza	\$ 2.576.836,38	\$ 2.576.836,38	\$ 0,00
TOTALES						\$ 2.576.836,38	\$ 2.576.836,38	\$ 87.364.431,30

FIRMA (Supervisor del Contrato)		FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	TS. ANYELA LUCIA MILLAN BOHORQUEZ	POSTFIRMA	
FECHA	31/12/2020	FECHA	31/12/2020

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO APOORTE PARAFISCALES

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1406 de 1999, artículo 50 de la ley 789, decreto 2170 de 2002 y la Ley 1607 de 2012, Artículo 25. Nos permitimos certificar que los pagos de los aportes al Sistema de Seguridad Social y parafiscales, respecto de los empleados que se encuentran vinculados laboralmente a la UNION TEMPORAL EMINSER - SOLOASEO 2020 a través del vínculo laboral con EMINSER SAS, se efectúan en forma correcta y oportuna.

En constancia firman en representación de las partes que conforman la UNION TEMPORAL EMINSER - SOLOASEO 2020: EMINSER SAS, SOLOASEO DISTRIBUCIONES SAS y NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO, identificados y en calidad de representación como aparece al pie de sus firmas y quienes manifiestan bajo la gravedad de juramento que las empresas que conforman la UNION TEMPORAL EMINSER-SOLOASEO 2020 se encuentra a **PAZ Y SALVO** con las Empresas Promotoras de Salud - EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, Cajas de Compensación Familiar y Obligaciones Laborales.

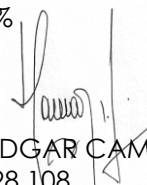
Así mismo certificamos que el pago de nómina y seguridad social a los empleados que se encuentran vinculados al contrato al inicio de la emergencia sanitaria, se encuentran al día y conforme a los términos del artículo 17 del decreto legislativo 491 del 28 de marzo de 2020.

Se firma en la ciudad de Bogotá a los 01 días del mes de diciembre de 2020.

POR PARTE DE EMINSER SAS, NIT 830.035.037-4 – Participación del 70%



ARMANDO SANDOVAL CASTRO
C.C. No. 79.487.495
Representante Legal

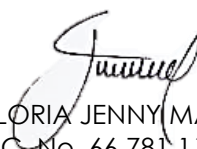


HECTOR EDGAR CAMARGO LARA
C.C. 79.328.108
Revisor Fiscal T.P. 86673 – T

POR PARTE DE SOLOASEO DISTRIBUCIONES SAS, NIT 900.591.334-4 – Participación del 25%



ANGELA ESPITIA PINTO
C.C. No. 53.003.756
Representante Legal



GLORIA JENNY MARIÑO CRUZ
C.C. No. 66.781.115
Revisor Fiscal- TP: No 167211-T

POR PARTE DE NELSON ESPITIA CAMARGO, NIT 19.254.921-4 – Participación del 5%



NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO
C.C. No. 19.254.921
Representante Legal



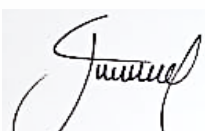
EDGAR ALONSO PINTO ESLAVA
CC. 13.924.109, TP 153884 T
Contador

SOLOASEO DISTRIBUCIONES SAS - CERTIFICACIÓN: ACREDITANDO PAGO DE APORTES

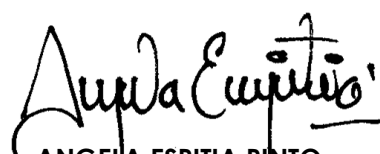
En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789, **GLORIA JENNY MARIÑO CRUZ** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 66.781.153, en mi calidad de REVISORA FISCAL, de SOLOASEO DISTRIBUCIONES S.A.S. con NIT No. 900.591.334-4 (en adelante "la empresa") manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales ICBF y SENA correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO en el mes de diciembre 2020 y en los últimos seis meses hasta la fecha de la presente certificación con las Empresas Promotoras de Salud - EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales -ARL y Cajas de Compensación Familiar y Obligaciones Laborales.

En constancia de lo anterior, firmo a los 28 días del mes de diciembre de 2020, en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,



GLORIA JENNY MARIÑO CRUZ
C.C. No. 66.781.153
Revisor Fiscal- TP: No 167211-T



ANGELA ESPITIA PINTO
C.C. No. 53.003.756
Representante Legal

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, HECTOR EDGAR CAMARGO LARA, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 79.328.108, en mi calidad de REVISOR FISCAL, de la EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES S.A.S. – EMINSER S.A.S. con NIT No. 830.035.037 - 4 (en adelante "la empresa") manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales ICBF y SENA correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a **PAZ Y SALVO** en el mes diciembre 2020 y en los últimos seis meses con las Empresas Promotoras de Salud - EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborables –ARL y Cajas de Compensación Familiar y Obligaciones Laborales.

Lo anterior para dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 50 de la ley 789 y decreto 2170 de 2002, Ley 1607 de 2012, Artículo 25.

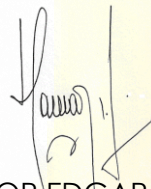
Así mismo certificamos que el pago de nómina y seguridad social a los empleados que se encuentran vinculados al contrato al inicio de la emergencia sanitaria, se encuentran al día y conforme a los términos del artículo 17 del decreto legislativo 491 del 28 de marzo de 2020.

En constancia de lo anterior, firmo a los 28 días del mes de diciembre de 2020, en la ciudad de Bogotá D.C.

Atentamente,



ARMANDO SANDOVAL CASTRO
C.C. No. 79.487.495
Representante Legal



HECTOR EDGAR CAMARGO LARA
C.C. 79.328.108
Revisor Fiscal T.P. 86673 – T

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 66.781.153

MARIÑO CRUZ

APELLIDOS

GLORIA JENNY

NOMBRES

Jenny Mariño

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1976

PALMIRA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

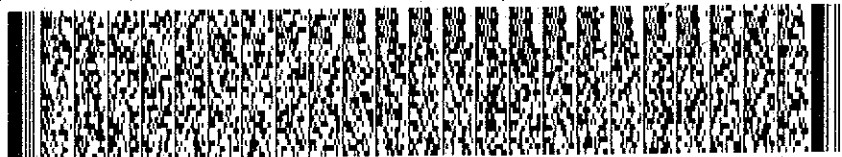
1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-FEB-1995 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3107900-00188255-F-0066781153-20091020

0017325800A 1 2920111365

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO**

167211-T

**GLORIA JENNY
MARINO CRUZ
C.C. 66781157**

**RESOLUCION INSCRIPCION 170
UNIVERSIDAD DEL VALLE**



FECHA 07/06/2012

PRESIDENTE

DANIEL SARMIENTO PAVAS

178362

FIRMA DEL TITULAR

94586

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

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central
de Contadores.



letriformes 3363 03/2012

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

684905426E7F204E

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **GLORIA JENNY MARIÑO CRUZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 66781153 de PALMIRA (VALLE DEL CAUCA) Y Tarjeta Profesional No 167211-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 12 días del mes de Diciembre de 2020 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

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

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

SOLO PARA VERIFICACION DE INFORMACION
POR LA CAMARA DE COMERCIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.026.100
CAMARGO LARA

RELIGION
PECTOR LOGAR

NOMBRES

FIRMA



SOLO PARA VERIFICACION DE INFORMACION
POR LA CAMARA DE COMERCIO

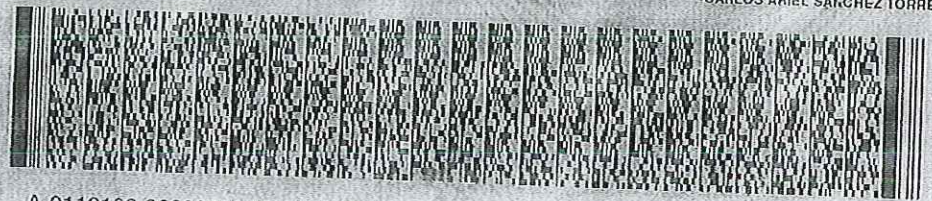
FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-MAR-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0112100-00026083-M-0070328103-00000740 00340-15920

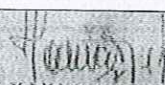
SOLO PARA VERIFICACION DE INFORMACION
POR LA CAMARA DE COMERCIO

SOLO PARA VERIFICACION DE INFORMACION
POR LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
86673-1
HECTOR EDGAR
SAMARCO LARA
C.E. 870328108
RESOLUCION INSCRIPCION 78 FECHA 18/07/02
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. SAN MARTIN
PRESIDENTE:  95956
EL C. JUAN SANCHEZ OJEDA

SOLO PARA VERIFICACION DE INFORMACION
POR LA CAMARA DE COEMERCIO

SOLO PARA VERIFICACION DE INFORMACION
POR LA CAMARA DE COEMERCIO


FIRMA DEL TITULAR 004999
Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devuelva
al Ministerio de Educación Nacional Junta Central de
Contadores.



SOLO PARA VERIFICACION DE INFORMACION
POR LA CAMARA DE COMERCIO

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

C 5 4 F 6 B E 1 8 4 1 4 4 2 8 8

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **HECTOR EDGAR CAMARGO LARA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 79328108 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 86673-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Noviembre de 2020 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

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

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830035037	4	EMPRESAS DE SERVICIOS INTEGRALES EMINER SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	ARCHIVO PLANO	CRA 21A N 159-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6719208	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2020-10	2020-11	797162176	9412694736	E	2020/11/11	2020/11/11	BANCO DE OCCIDENTE	0
								\$459,669,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 5)				2,093	\$293,379,500	\$0	\$0	\$293,379,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	300	\$40,670,400	\$0	\$0	\$40,670,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	470	\$68,905,600	\$0	\$0	\$68,905,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	904	\$125,602,600	\$0	\$0	\$125,602,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	416	\$57,807,500	\$0	\$0	\$57,807,500
SKANDIA	230901	800,253,055	2	3	\$393,400	\$0	\$0	\$393,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2,096	\$19,299,200	\$0	\$0	\$19,299,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2,096	\$19,299,200	\$0	\$0	\$19,299,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 26)				2,096	\$73,454,100	\$0	\$0	\$73,454,100
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1,604	\$56,129,400	\$0	\$0	\$56,129,400
CAFAMAZ	CCF65	800,003,122	6	15	\$587,300	\$0	\$0	\$587,300
CAJAMAG	CCF33	891,780,093	3	9	\$326,300	\$0	\$0	\$326,300
CAJASAI	CCF64	892,400,320	5	22	\$876,800	\$0	\$0	\$876,800
COFREM	CCF34	892,000,146	3	16	\$577,600	\$0	\$0	\$577,600
COMBARRANQUILLA	CCF06	890,102,002	2	15	\$548,400	\$0	\$0	\$548,400
COMCAJA	CCF68	800,231,969	4	11	\$397,100	\$0	\$0	\$397,100
COMFABOY	CCF10	891,800,213	8	16	\$422,400	\$0	\$0	\$422,400
COMFACASANARE	CCF69	844,003,392	8	12	\$557,100	\$0	\$0	\$557,100
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	10	\$385,000	\$0	\$0	\$385,000
COMFACESAR	CCF15	892,399,989	8	5	\$186,200	\$0	\$0	\$186,200
COMFACHOCÓ	CCF29	891,600,091	8	8	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	4	\$146,900	\$0	\$0	\$146,900
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF09	890,480,110	1	23	\$819,800	\$0	\$0	\$819,800
COMFAMILIAR GUAJIRA	CCF30	892,115,006	5	4	\$151,000	\$0	\$0	\$151,000
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	29	\$1,051,400	\$0	\$0	\$1,051,400
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891,480,000	1	16	\$520,600	\$0	\$0	\$520,600
COMFANORTE	CCF37	890,500,516	3	19	\$643,000	\$0	\$0	\$643,000
COMFASUCRE	CCF41	892,200,015	5	7	\$256,600	\$0	\$0	\$256,600
COMFENALCO ANTIOQUIA	CCF03	890,900,842	6	117	\$3,982,900	\$0	\$0	\$3,982,900
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890,000,381	0	24	\$828,600	\$0	\$0	\$828,600
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	47	\$1,511,100	\$0	\$0	\$1,511,100
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	5	\$176,000	\$0	\$0	\$176,000
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	12	\$455,000	\$0	\$0	\$455,000
COMFIAR	CCF67	800,219,488	4	25	\$898,500	\$0	\$0	\$898,500
CONFAMILIARES	CCF11	890,806,490	5	21	\$733,300	\$0	\$0	\$733,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 33)				2,096	\$73,536,400	\$0	\$0	\$73,536,400
ALIANSA EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	10	\$352,000	\$0	\$0	\$352,000
AMBUQ	ESSC76	818,000,140	0	2	\$72,400	\$0	\$0	\$72,400
ANAS WAYUU	EPSIC4	839,000,495	6	1	\$41,300	\$0	\$0	\$41,300
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	9	\$302,700	\$0	\$0	\$302,700
CAJACOPI ATLANTICO	CCFC55	890,102,044	1	8	\$271,300	\$0	\$0	\$271,300
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	52	\$1,691,100	\$0	\$0	\$1,691,100
CAPRESOCA	EPSC25	891,856,000	7	2	\$75,900	\$0	\$0	\$75,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830035037	4	EMPRESAS DE SERVICIOS INTEGRALES EMINER SAS	A - 200 O MAS COTIZANTES	ARCHIVO PLANO	CRA 21A N 159-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6719208	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora
2020-10	2020-11	797162176	9412694736	E	2020/11/11	2020/11/11	BANCO DE OCCIDENTE	0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
COMFACHOCÓ	CCFC20	891,600,091	8	1	\$39,300	\$0	\$0	\$39,300
COMFACUNDI	CCFC53	860,045,904	7	12	\$393,100	\$0	\$0	\$393,100
COMFAMILAR HUILA	CCFC24	891,180,008	2	2	\$70,400	\$0	\$0	\$70,400
COMFAMILAR NARIÑO	CCFC27	891,280,008	1	8	\$286,200	\$0	\$0	\$286,200
COMFAORIENTE	CCFC50	890,500,675	6	5	\$176,000	\$0	\$0	\$176,000
COMPARTA	ESSC33	804,002,105	0	9	\$318,800	\$0	\$0	\$318,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	212	\$7,937,300	\$0	\$0	\$7,937,300
COOMEVA	EPS016	805,000,427	1	38	\$1,325,900	\$0	\$0	\$1,325,900
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	7	\$251,900	\$0	\$0	\$251,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	15	\$533,500	\$0	\$0	\$533,500
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	13	\$477,300	\$0	\$0	\$477,300
EPS ECOOPSOS S.A.S	ESSC91	901,093,846	0	1	\$35,200	\$0	\$0	\$35,200
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	1	\$35,200	\$0	\$0	\$35,200
EPS SUR (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	137	\$4,785,600	\$0	\$0	\$4,785,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	336	\$11,559,100	\$0	\$0	\$11,559,100
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	3	\$105,600	\$0	\$0	\$105,600
MALLAMAS	EPSIC5	837,000,084	5	5	\$191,700	\$0	\$0	\$191,700
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	47	\$1,618,500	\$0	\$0	\$1,618,500
MEDIMAS MOVILIDAD	EPS045	901,097,473	5	3	\$74,700	\$0	\$0	\$74,700
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	17	\$552,400	\$0	\$0	\$552,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	341	\$12,124,100	\$0	\$0	\$12,124,100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	11	\$408,400	\$0	\$0	\$408,400
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	8	\$301,800	\$0	\$0	\$301,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	556	\$19,218,300	\$0	\$0	\$19,218,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	214	\$7,557,400	\$0	\$0	\$7,557,400
SAVIA SALUD	EPS040	900,604,350	0	10	\$352,000	\$0	\$0	\$352,000
TOTAL				2096	\$459,669,200	\$0	\$0	\$459,669,200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	19254921	NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO		CR 26 C No. 25 C 51 SUR	3004913	gestionhumana@soloaseo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	04/12/2020	47122117	\$2.743.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	2.743.200	0		0		0	0	0	0	2.743.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	2.743.200	2.743.200
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	2.743.200	2.743.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	19254921	NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO		CR 26 C No. 25 C 51 SUR	3004913	gestionhumana@soloaseo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2020-11	2020-11	I	04/12/2020	47122117	TOTAL A PAGAR \$2.743.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extempor.	Column. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	REN	UNA	UNA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	19254921	ESPITIA CAMARGO NELSON ORLANDO	3	2			N							X											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900591334-4	SOLOASEO DISTRIBUCIONES S A S	CARRERA 26 C No 35 C 51 SUR	3004913	martha.pinto@soloaseo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				23 0
2020-12	2020-11	E	04/12/2020	47117438	\$8.913.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	198.900	0		0		0	0	0	0	198.900	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	623.200	0		0		0	0	0	0	623.200	5
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	126.100	0		0		0	0	0	0	126.100	3
EPS010	EPS Sura	800088702-2	54.000	0		0		0	0	0	0	54.000	1
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	90.200	0		0		0	0	0	0	90.200	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	345.900	0		0		0	0	0	0	345.900	6
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	35.200	0		0		0	0	0	0	35.200	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	44.600	0		0		0	0	0	0	44.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.108.400	0	0	0	0	0	0		1.108.400	6
230301	Porvenir	800224808-8	1.438.000	0	0	0	0	0	0		1.438.000	8
231001	Colfondos	800227940-6	370.700	0	0	0	0	0	0		370.700	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.572.500	0	0	60.000	60.000	0	0		2.692.500	5

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	377.500				377.500	0	0	377.500			3.775	377.500	23

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.408.300	0	0	1.408.300	22

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900591334-4	SOLOASEO DISTRIBUCIONES S A S	CARRERA 26 C No 35 C 51 SUR	3004913	martha.pinto@soloaseo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					23 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-12	2020-11	E	04/12/2020	47117438	\$8.913.500

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.518.100	1.518.100
Pensión	4	5.609.600	5.609.600
Riesgos Laborales	1	377.500	377.500
CCF	1	1.408.300	1.408.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	8.913.500	8.913.500

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	900591334-4	SOLOASEO DISTRIBUCIONES S A S	CARRERA 26 C No 35 C 51 SUR	3004913	martha.pinto@soloaseo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				23	0
TOTAL A PAGAR						
2020-12	2020-11	E	04/12/2020	47117438	\$8.913.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto Extranjero	Com. exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	ROE	LMA	VAC	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	1010162941	RODRIGUEZ RODRIGUEZ JUAN PABLO	1	0		S								X								230301	1.452.292	232.400	0	0	0	0	0	EPS002	1.452.292	58.100	14-4	1.452.292	2	15.200	CCF24	1.452.292	58.100	0	0	0	0	0	0	
2	CC	1013643813	CASTRO PUEENTES JOHAN SEBASTIAN	1	0		S								X								230201	1.256.264	201.100	0	0	0	0	0	EPS002	1.256.264	50.300	14-4	1.256.264	2	13.200	CCF24	1.256.264	50.300	0	0	0	0	0	0	
3	CC	1013648494	AMAYA CHAMORRO JEFFERSON FABIAN	1	0		S								X								230201	1.066.165	170.600	0	0	0	0	0	EPS008	1.066.165	42.700	14-4	1.066.165	2	11.200	CCF24	1.066.165	42.700	0	0	0	0	0	0	
4	CC	1013664189	SALAMANCA BARON JENNY FERNANDA	1	0		S																230301	877.803	140.500	0	0	0	0	0	EPS002	877.803	35.200	14-4	877.803	2	9.200	CCF24	877.803	35.200	0	0	0	0	0	0	
5	CC	1022392524	ESPITIA PINTO JUAN DANIEL	1	0		S																25-14	5.000.000	800.000	0	0	25.000	25.000	EPS005	5.000.000	200.000	14-4	5.000.000	2	52.200	CCF24	5.000.000	200.000	0	0	0	0	0	0		
6	CC	1024493370	MARIN GIRALDO ELIZABETH	1	0		S																230201	1.350.000	216.000	0	0	0	0	0	EPS010	1.350.000	54.000	14-4	1.350.000	2	14.100	CCF24	1.350.000	54.000	0	0	0	0	0	0	
7	CC	80918821	ESPITIA PINTO NELSON ENRIQUE	1	0		S																25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	60.000	14-4	1.500.000	2	15.700	CCF24	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0	0	
8	CC	9774059	SANCHEZ VALENCIA HECTOR IVAN	1	0		S								X								230301	956.440	153.100	0	0	0	0	0	EPS016	956.440	38.300	14-4	956.440	2	10.000	CCF24	956.440	38.300	0	0	0	0	0	0	
9	CC	1120384714	GUZMAN RAMIREZ CRISTIAN CAMILO	1	0		S								X								230301	1.295.582	207.300	0	0	0	0	0	EPS016	1.295.582	51.900	14-4	1.295.582	2	13.600	CCF24	1.295.582	51.900	0	0	0	0	0	0	
10	CC	1232892188	MASCAREÑO FIGUEROA ALVARO LESTHER	1	0		S								X								230301	1.201.849	192.300	0	0	0	0	0	EPS005	1.201.849	48.100	14-4	1.201.849	2	12.600	CCF24	1.201.849	48.100	0	0	0	0	0	0	
11	CC	53003756	ESPITIA PINTO ANGELA YANETH	1	0		S																25-14	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS005	7.000.000	280.000	14-4	7.000.000	2	73.100	CCF24	7.000.000	280.000	0	0	0	0	0	0		
12	CC	66781153	MARIÑO CRUZ GLORIA JENNY	1	0		S																25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	0	EPS037	877.803	35.200	14-4	877.803	2	9.200	CCF24	877.803	35.200	0	0	0	0	0	0	
13	CC	1032483120	MENDEZ SANDOVAL MARIA ALEJANDRA	1	0		S	X															231001	819.283	131.100	0	0	0	0	0	EPS008	819.283	32.800	14-4	819.283	2	8.600	CCF24	819.283	32.800	0	0	0	0	0	0	
14	CC	1033712803	OLAYA NEIRA YULY MELANIE	1	0		S																230201	877.803	140.500	0	0	0	0	0	EPS017	877.803	35.200	14-4	877.803	2	9.200	CCF24	877.803	35.200	0	0	0	0	0	0	
15	CC	72327134	LEGUIZAMON PULIDO JOSE ANGELICO	1	0		S								X								230301	1.365.031	218.500	0	0	0	0	0	EPS017	1.365.031	54.700	14-4	1.365.031	2	14.300	CCF24	1.365.031	54.700	0	0	0	0	0	0	
16	CC	80052110	ORTIZ GARCIA JESUS DAVID	1	0		S								X								230301	1.381.342	221.100	0	0	0	0	0	EPS002	1.381.342	55.300	14-4	1.381.342	2	14.500	CCF24	1.381.342	55.300	0	0	0	0	0	0	
17	CC	1033722645	AMADOR OZORIO JOHN EDISSON	1	0		S								X								230201	1.263.122	202.100	0	0	0	0	0	EPS008	1.263.122	50.600	14-4	1.263.122	2	13.200	CCF24	1.263.122	50.600	0	0	0	0	0	0	
18	CC	1110467406	VARON CLAVIJO YEIMY JULIETH	1	0		S	X							X								230301	454.447	72.800	0	0	0	0	0	EPS017	454.447	18.200	14-4	454.447	2	4.800	CCF24	454.447	18.200	0	0	0	0	0	0	
19	CC	1110495816	LIZARAZO HERNANDEZ HENRY MAURICIO	1	0		S								X								231001	1.497.042	239.600	0	0	0	0	0	EPS005	1.497.042	59.900	14-4	1.497.042	2	15.700	CCF24	1.497.042	59.900	0	0	0	0	0	0	
20	CC	1110545766	NIETO FLOREZ ZULAY TATIANA	1	0		S								X								230201	1.112.798	178.100	0	0	0	0	0	EPS044	1.112.798	44.600	14-4	1.112.798	2	11.700	CCF24	1.112.798	44.600	0	0	0	0	0	0	
21	CC	13924109	PINTO ESLAVA EDGAR ALONSO	1	0		S																25-14	1.700.000	272.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.700.000	68.000	14-4	1.700.000	2	17.800	CCF24	1.700.000	68.000	0	0	0	0	0	0	
22	CC	51782453	LEYTON TORRES ELIZABETH	1	3		S																	0	0	0	0	0	0	0	0	EPS005	877.803	35.200	14-4	877.803	2	9.200	CCF24	877.803	35.200	0	0	0	0	0	0
23	CC	1001113410	DUQUARA SIERRA LEIDY GERALDINE	19	0		N																	0	0	0	0	0	0	0	0	EPS017	877.803	109.800	14-4	877.803	2	9.200		0	0	0	0	0	0	0	

Medellín, 23 de Diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C107316791 4	GOMEZ GUASCA ALISSON LORENA	24/12/2020		gL232232	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520461402035877973

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2020 21:39:33.

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

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

Dirección IP: 186.31.68.123, 198.143.41.18, 172.16.42.57

Medellín, 23 de Diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C80113468	RODRIGUEZ RODRIGUEZ CARLOS HUMBERTO	07/02/2020		212150R1	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520461402035847930

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2020 13:18:50.

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

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

Dirección IP: 186.31.68.123, 198.143.41.18, 172.16.42.57

Medellín, 23 de Diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000014 - CUNDINAMARCA CR 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C52917170	HERNANDEZ RONDEROS YENNY ROCIO	21/12/2020		32216252	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520461402035834763

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2020 09:39:23.

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

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

Dirección IP: 186.31.68.123, 198.143.41.18, 172.16.42.57

Medellín, 23 de Diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C107094930 7	ACEVEDO CORREA DIANA MARCELA	24/12/2020		I536i221	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520461402035877979

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2020 21:39:39.

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

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

Dirección IP: 186.31.68.123, 198.143.41.18, 172.16.42.57

Medellín, 23 de Diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C112950455 1	PAREJO SILVERA KATY EVERLIDE	03/01/2020		64281231	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520461402035847936

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2020 13:18:56.

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

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

Dirección IP: 186.31.68.123, 198.143.41.18, 172.16.42.57

Medellín, 23 de Diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C20739042	PEDRAZA CASTRO LILIANA	24/12/2020		14134228	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520461402035877964

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2020 21:39:24.

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

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

Dirección IP: 186.31.68.123, 198.143.41.18, 172.16.42.57

Medellín, 23 de Diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C39769543	CLAVIJO GOMEZ MARTHA CECILIA	24/12/2020		23462114	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520461402035877969

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2020 21:39:29.

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

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

Dirección IP: 186.31.68.123, 198.143.41.18, 172.16.42.57

Medellín, 23 de Diciembre de 2020

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES SAS que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000014 - CUNDINAMARCA CR 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C65557438	CANARIA QUIROGA MILENA ANDREA	02/06/2020		222Lx281	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C520461402035847925

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/12/2020 13:18:45.

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

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

Dirección IP: 186.31.68.123, 198.143.41.18, 172.16.42.57



9007258771
9007258771

No. de Radicación

20802727

Fecha de Radicación

24122020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite

A. Afiliación

B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

3. Régimen

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado

A. Cotizante

B. Cabeza de familia

C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

GOMEZ

GUASCA

ALISON

LORENA

7. Tipo de documento de identidad

CC

8. Número del documento de identidad

1073167914

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

12

01

1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

\$877.803

18. Residencia

Dirección

Teléfono fijo

Teléfono celular

Correo electrónico

Municipio / Distrito

Zona Urbana

Rural

Localidad / Comuna

Departamento

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino

Masculino

23. Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

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

24. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

B1

B2

B3

B4

B5

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino

Masculino

28. Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Tipo

Condición

Municipio / Distrito

Zona Urbana

Rural

Departamento

Teléfono fijo y/o celular

B1

B2

B3

B4

B5

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C

B

B

B

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

35. Nombre o razón social

EMPRESA DE SERVICIOS

36. Tipo de documento de identificación

NT

37. Número del documento de identificación

830035037

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

39. Ubicación

TV 47 95 53

Dirección

6791874

Correo electrónico

BOGOTA

Municipio / Distrito

DISTRITO CAPITAL

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación

2. Corrección de datos básicos de identificación

3. Actualización del documento de identidad

4. Actualización y corrección de datos complementarios

5. Terminación de la inscripción en la EPS

6. Reinscripción en la EPS

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

13. Movilidad: A. Régimen Contributivo

B. Régimen Subsidiado

14. Traslado: A. Mismo Régimen

B. Diferente Régimen

15. Reporte de fallecimiento

16. Reporte del trámite de protección al cesante

17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

42. Fecha novedad

24

12

2020

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. 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. Copia del 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 la ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de radicación

D

D

M

M

A

A

A

A

69. Fecha de validación

D

D

M

M

A

A

A

A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

CARGO: ASEADOR



9007258767
9007258767

No. de Radicación

20802722

Fecha de Radicación

24122020

I. DATOS DEL TRÁMITELea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

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

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

6. Apellidos y nombres	ACEVEDO	CORREA	DIANA	MARCELA						
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1070949307	9. Sexo Femenino Masculino	10. Fecha de nacimiento	D 06	M 01	A A	1988	A
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			
				COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR						
17. Ingreso base de cotización - IBC	\$877.803	18. Residencia			Dirección			Teléfono fijo		Teléfono celular
Correo electrónico		Municipio / Distrito		Zona Urbana Rural		Localidad / Comuna			Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)										
19. Apellidos y nombres		CORREA			DIANA			MARCELA		
20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad			22. Sexo Femenino Masculino		23. Fecha de nacimiento			
							D D M M A A A A			

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

24. Apellidos y nombres																
Primer Apellido		Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre								
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento					29. Parentesco					30. Etnia
B1						D	D	M	M	A	A	A	A			
B2						D	D	M	M	A	A	A	A			
B3						D	D	M	M	A	A	A	A			
B4						D	D	M	M	A	A	A	A			
B5						D	D	M	M	A	A	A	A			
31. Discapacidad		32. Datos de residencia														33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Tipo Condición		Municipio / Distrito				Zona Urbana Rural		Departamento				Teléfono fijo y/o celular				
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS											Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C											
B											
B											
B											

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

35. Nombre o razón social				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)					
EMPRESA DE SERVICIOS				NT		830035037							
39. Ubicación				6791874		BOGOTA				DISTRITO CAPITAL			
TV 47 95 53				Dirección		Correo electrónico				Municipio / Distrito		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre			
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad			Sexo Femenino Masculino		Fecha de nacimiento			42. Fecha novedad	
							D D M M A A A A			24122020	
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 o afiliados adicionales.											☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.											☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.											☐
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.											☐
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.											☐
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.											☐
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.											☐
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.											☐

VIII. FIRMAS

54. 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
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. Copia del 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 la ficha Puntaje Nivel			68. Fecha de radicación				69. Fecha de validación			
					D D M M A A A A				D D M M A A A A			
70. Datos del funcionario que realiza la validación												
Primer Apellido		Segundo Apellido			Primer Nombre				Segundo Nombre			
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad			OBSERVACIONES:							
71. Firma del funcionario					CARGO: ASEADOR							

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



9007258764
9007258764

No. de Radicación

20802717

Fecha de Radicación

24122020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite

A. Afiliación

B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación

A. Individual:

Cotizante o cabeza de Familia

Beneficiario o afiliado adicional

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

3. Régimen

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado

A. Cotizante

B. Cabeza de familia

C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres

CLAVIJO

GOMEZ

MARTHA

CECILIA

7. Tipo de documento de identidad

CC

8. Número del documento de identidad

39769543

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

19

11

1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

\$877.803

18. Residencia

Dirección

Teléfono fijo

Teléfono celular

Correo electrónico

Municipio / Distrito

Zona Urbana

Rural

Localidad / Comuna

Departamento

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino

Masculino

23. Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

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

24. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino

Masculino

28. Fecha de nacimiento

D

D

M

M

A

A

A

A

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Tipo

Condición

Municipio / Distrito

Zona Urbana

Rural

Departamento

Teléfono fijo y/o celular

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)

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

EMPRESA DE SERVICIOS

36. Tipo de documento de identificación

NT

37. Número del documento de identificación

830035037

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

39. Ubicación

TV 47 95 53

Dirección

6791874

Correo electrónico

BOGOTA

Municipio / Distrito

DISTRITO CAPITAL

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación

2. Corrección de datos básicos de identificación

3. Actualización del documento de identidad

4. Actualización y corrección de datos complementarios

5. Terminación de la inscripción en la EPS

6. Reinscripción en la EPS

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

13. Movilidad: A. Régimen Contributivo

B. Régimen Subsidiado

14. Traslado: A. Mismo Régimen

B. Diferente Régimen

15. Reporte de fallecimiento

16. Reporte del trámite de protección al cesante

17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

42. Fecha novedad

24

12

2020

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. 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. Copia del 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 la ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de radicación

D

D

M

M

A

A

A

A

69. Fecha de validación

D

D

M

M

A

A

A

A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

CARGO: ASEADOR

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 22/02/2020, el empleador EMINSER LTDA identificado con NIT número 830035037 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

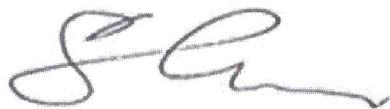
NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2458777	22/02/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80113468	CARLOS HUMBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	877803	ASEADOR	2020-02-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Febrero del año 2020.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

21/02/20

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 22/02/2020, el empleador EMINSER LTDA identificado con NIT número 830035037 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

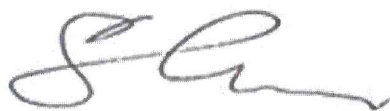
NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2458777	22/02/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80113468	CARLOS HUMBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	877803	ASEADOR	2020-02-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Febrero del año 2020.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

21/02/20

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 22/02/2020, el empleador EMINSER LTDA identificado con NIT número 830035037 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

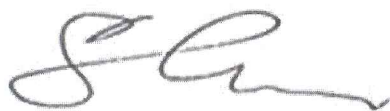
NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2458777	22/02/2020	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	80113468	CARLOS HUMBERTO RODRIGUEZ RODRIGUEZ	877803	ASEADOR	2020-02-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Febrero del año 2020.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva EPS

21/02/20

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



125909892

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	
4. Tipo de Afiliado		5. Tipo de Cotizante		Código	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado		(a registrar por la EPS) 05	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido: Parejo Segundo Apellido: Silvera Primer Nombre: Katy Segundo Nombre: Everhilde		CN TI CE CD RC CC PA SC		1129504551		Femenino ☒ Masculino		20/04/1990	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales		11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
				Tipo F N M Condición T P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				16. Administradora de Pensiones				17. Ingreso base de cotización - IBC	
Sura				Porvenir				877.803	
18. Residencia		Dirección		Teléfono Celular		Correo Electrónico		Teléfono Fijo	
		Cra 18 este 436-59		3014173539					
Municipio / Distrito		Zona		Localidad / Comuna		Departamento			
Moneta		Urbana ☒ Rural				Boyacá			

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		23. Fecha de nacimiento	
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:		CN TI CE CD RC CC PA SC				Femenino Masculino		D D M M A A A A	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales											
24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:		CN TI CE CD RC CC PA SC				Femenino Masculino		D D M M A A A A			
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

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

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



125909892

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva C. Institucional		D. De Oficio		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado	
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente C. Pensionado			Código (a registrar por la EPS) 05			

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Parejo Segundo Apellido: Silveira Primer Nombre: Katy Segundo Nombre: Everlida		7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de identidad 1129504551		9. Sexo Femenino ☒ Masculino		10. Fecha de nacimiento 2004/19/06	
---	--	--	--	---	--	--	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales		11. Etnia		12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura				16. Administradora de Pensiones Porvenir				17. Ingreso base de cotización - IBC 877.803	
18. Residencia Dirección: Calle 18 entre 43C-59 Teléfono Celular: 3014173539 Correo Electrónico: Municipio / Distrito: Manota Zona: Urbana ☒ Rural Localidad / Comuna: Departamento: Boyacá									

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 CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad		22. Sexo Femenino Masculino		23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			

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

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:							
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 02/07/2020, el empleador EMINSER LTDA identificado con NIT número 830035037 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
2667118	02/07/2020	Reingresos

DETALLE

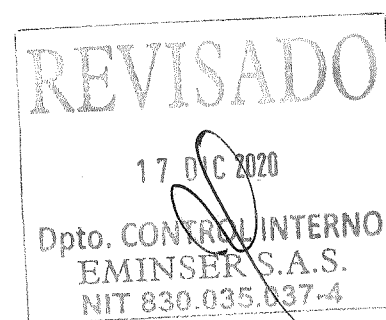
TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	65557438	MILENA ANDREA CANARIA QUIROGA	877803	ASEADOR	2020-06-02

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 2 días del mes de Julio del año 2020.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva EPS



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Página 1 de 2

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT 800.251.440-6

Ministerio de Salud - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación

D	E	M	A	A	A	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. OBJETIVO DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Afiliación A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Primer apellido Hernández	7. Segundo apellido Ronderos	8. Primer nombre Yenny	9. Segundo nombre Rosa
10. Documento de identidad C	11. Número del documento de identidad 52917170	12. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	13. Fecha de nacimiento 13/06/1983

COMPLEMENTARIOS			
14. Discapacidad Tipo ☐ F ☐ N ☐ M Condición ☐ T ☐ P	15. Puntaje SISBÉN	16. Grupo de población especial	
17. Prestadora de Riesgos Laborales - ARL Sura	18. Administradora de Pensiones Porvenir	19. Ingreso Base de Cotización - IBC 977803	
20. Dirección Cra 17C # 10A-24	21. Teléfono Fijo 322 330 8022	22. Teléfono Celular	23. Correo Electrónico Condorcamarca
24. Municipio / Distrito Tunja	25. Zona Urbana ☐ Rural ☐	26. Localidad / Comuna	27. Departamento Condorcamarca

BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)			
28. Primer apellido	29. Segundo apellido	30. Primer nombre	31. Segundo nombre
32. Documento de identidad	33. Número del documento de identidad	34. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	35. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES			
36. Primer apellido	37. Segundo apellido	38. Primer nombre	39. Segundo nombre
40. Documento de identidad	41. Número documento de identidad	42. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	43. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

44. Etnia	45. Discapacidad Tipo ☐ F ☐ N ☐ M Condición ☐ T ☐ P
-----------	---

46. Municipio / Distrito	47. Zona Urbana ☐ Rural ☐	48. Departamento	49. Teléfono fijo y/o Celular	50. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
--------------------------	--	------------------	-------------------------------	---

51. Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)

BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
52. Razón social Emenser SAS	53. Tipo de documento de identificación N D F ☐ ☐ ☐	54. Número del documento de identificación 830035037	55. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.) Porvenir
56. Dirección Cra 21A # 159-33	57. Teléfono Fijo 6719708	58. Correo Electrónico afiliados@emenser.com.co	59. Municipio / Distrito Bogotá
60. Departamento Bogotá			

9007258757

9007258757

No. de Radicación

20802707

Fecha de Radicación

24122020A

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombres PEDRAZA	CASTRO	LILIANA	Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 20739042	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento D 21 D M 02 A A 1977 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia O	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN 0	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR	16. Administradora de pensiones PROTECCION
17. Ingreso base de cotización - IBC \$877.803	18. Residencia CRA 11 04	19. Teléfono fijo NT	20. Teléfono celular 3103160777		
Email llipedraza@hotmail.com		MADRID	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna	CUNDINAMARCA

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

19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				
25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios
B1			D D M M A A A A	29. Parentesco
B2			D D M M A A A A	30. Etnia
B3			D D M M A A A A	
B4			D D M M A A A A	
B5			D D M M A A A A	
31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
Tipo Condición	Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
F N M T P				
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS CAFAM MADRID CAP	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 315
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

36. Nombre o razón social EMPRESA DE SERVICIOS	37. Tipo de documento de identificación NT	38. Número del documento de identificación 830035037	39. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación TV 47 95 53	Dirección	6791874	gestionhumanaeminser@ho
		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
		Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
42. Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	43. Fecha de nacimiento	44. Fecha novedad
			D D M M A A A A	24 D M 12 A 2020 A
45. EPS anterior NINGUNA	46. Motivo de traslado	47. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		
	Código			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	☒
49. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐
50. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	☐
51. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐
52. 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.	☒
53. 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.	☒
54. 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.	☒
55. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	☒

VIII. FIRMAS

☒	56. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	☒	57. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
-------------------------------------	--	-------------------------------------	---

IX. ANEXOS

58. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC	Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Total ☐
59. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	☐	
60. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	☐	
61. 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.	☐	
62. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐	
63. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	☐	
64. Copia del 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.	☐	
65. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	☐	
66. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	☐	
67. 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

68. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	69. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel	70. Fecha de radicación	71. Fecha de validación
		D D M M A A A A	D D M M A A A A
72. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido		Segundo Apellido	Primer Nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
73. Firma del funcionario		CARGO: ASEADOR	

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.

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	☒	☐
¿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?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	☒	☐
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	☐	☒

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

“Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos.” (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del afiliado:

✓

Nombres y Apellidos LILIANA PEDRAZA CASTRO
Identificación: CC 20739042

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☒

Firma del afiliado:

✓

Nombres y Apellidos LILIANA PEDRAZA CASTRO
Identificación: CC 20739042

“ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.
Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Huella



7007258757
7007258757

No. de Radicación

20802708

Fecha de Radicación

24122020

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite

A. Afiliación

B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

3. Régimen

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado

A. Cotizante

B. Cabeza de familia

C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

7. Tipo de documento de identidad

8. Número del documento de identidad

9. Sexo

10. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de riesgos laborales - ARL

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia

19. Correo electrónico

20. Municipio / Distrito

21. Zona Urbana

22. Rural

23. Localidad / Comuna

24. Departamento

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

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

28. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

32. Datos de residencia

33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Nombre o razón social

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)

39. Ubicación

40. Dirección

41. Teléfono

42. Correo electrónico

43. Municipio / Distrito

44. Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

41. Modificación de datos básicos de identificación

42. Corrección de datos básicos de identificación

43. Actualización del documento de identidad

44. Actualización y corrección de datos complementarios

45. Terminación de la inscripción en la EPS

46. Código

47. Reinscripción en la EPS

48. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

49. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

50. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

51. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

52. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

53. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

54. Movilidad: A. Régimen Contributivo

55. Régimen Subsidiado

56. Traslado: A. Mismo Régimen

57. B. Diferente Régimen

58. Reporte de fallecimiento

59. Reporte del trámite de protección al cesante

60. Reporte de la calidad de Pre-pensionado

61. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

42. Tipo de documento de identidad

43. Número del documento de identidad

44. Sexo

45. Fecha de nacimiento

46. Fecha novedad

47. EPS anterior

48. Motivo de traslado

49. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. 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:

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. Copia del 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

67. Datos del SISBÉN

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Firma del funcionario

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

18763005330408



(415)7707212489984(8020) 001876300533040 8

5. Número de Identificación Tributaria - NIT

9 0 1 3 5 1 3 8 6

6. DV

1

7. Primer apellido

8. Segundo apellido

9. Primer nombre

10. Otros nombres

11. Razón social

UNION TEMPORAL EMINSER-SOLOASEO 2020

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

Cód.

3 2

24. Dirección

CR 21 A 159 35

25. País

Colombia

26. Departamento

Bogotá D.C.

27. Municipio

Bogotá, D.C.

La U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme a la facultad discrecional establecida en el artículo 684-2 del Estatuto Tributario y en virtud de lo estipulado en la Resolución 00055 de 14/07/2016, por la cual se adopta los sistemas técnicos de control de facturación; previo estudio y evaluación de la solicitud realizada por el contribuyente, representante legal, o apoderado debidamente acreditado. Determina autorizar los rangos de numeración de facturación y/o documento equivalente. En los casos, en que se agote la numeración antes de culminar la vigencia, el interesado tendrá derecho a solicitar una nueva autorización, de acuerdo al trámite establecido.

Las vigencias de los rangos de numeración de facturación, se contarán a partir de la formalización de éste documento oficial.

Si el obligado a facturar, no hubiere agotado la numeración de facturación transcurrido el término de la vigencia autorizada, con 15 días de antelación, podrá solicitar la habilitación de la numeración sobrante.

Cuando se trate de una solicitud de inhabilitación de la numeración de facturación y/o documento equivalente, la vigencia es permanente, por lo tanto, no procede la habilitación de estos rangos.

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

Nota: La no adopción o violación de los sistemas técnicos de control, dará lugar a la sanción establecida en el artículo 684-2 del E.T

Firma del funcionario autorizado

Firma del solicitante



1001. Apellidos y nombres SANDOVAL CASTRO ARMANDO

1002. Tipo doc. Cédula 1003. No. Identif. 79487495

1004. DV 1

1005. Cod. Representación Representante Legal Suplente

1006. Organización UNION TEMPORAL EMINSER-SOLOASEO 2020

984. Apellidos y nombres

985. Cargo

989. Dependencia Subdirección de Gestión de Fiscalización Tributaria

990. Lugar administrativo

991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACION

992. Área

993. Establecimiento

997. Fecha formalización

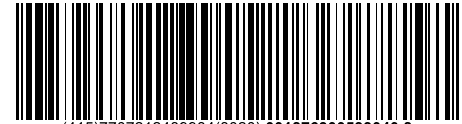
2020-04-01 14:54:34

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

18763005330408



(415)7707212489984(8020) 001876300533040 8

5. Número de Identificación Tributaria - NIT 9 0 1 3 5 1 3 8 6	6. DV 1	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
---	------------	--------------------	---------------------	------------------	-------------------

11. Razón social
UNION TEMPORAL EMINSER-SOLOASEO 2020

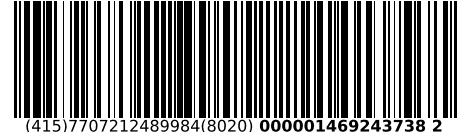
Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar

29. Establecimiento UNION TEMPORAL EMINSER-SOLOASEO 2020 CR 21 A 159 35								
1	30. Modalidad ELECTRONICA	Cód. 4	31. Prefijo UT3	32. Desde el número 1	33. Hasta el número 5000	38. Vigencia 18	34. Tipo solicitud AUTORIZACIÓN	Cód. 1
2	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
3	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
4	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
5	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
6	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
7	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
8	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
9	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
10	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.
11	29. Establecimiento							
	30. Modalidad	Cód.	31. Prefijo	32. Desde el número	33. Hasta el número	38. Vigencia	34. Tipo solicitud	Cód.

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14692437382



(415)7707212489984(8020) 000001469243738 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 3 5 1 3 8 6 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

7

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

1

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento

1. Constitución

2. Reforma

71. Clase

0 4

72. Número

73. Fecha

2 0 1 9 1 1 0 5

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

9 8

76. Fecha de registro

2 0 1 9 1 1 0 5

77. No. Matricula mercantil

78. Departamento

1 1

79. Ciudad/Municipio

0 0 1

82. Nacional 0 %

83. Nacional público 0 . 0 %

84. Nacional privado 0 . 0 %

85. Extranjero 0 %

86. Extranjero público 0 . 0 %

87. Extranjero privado 0 . 0 %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

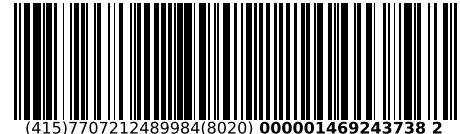
Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14692437382



(415)7707212489984(8020) 000001469243738 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional 14. Buzón electrónico
9 0 1 3 5 1 3 8 6 1 Impuestos de Bogotá 3 2

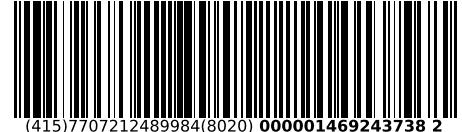
Representación

98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 9 1 1 0 5
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní	1 3	101. Número de identificación 7 9 4 8 7 4 9 5
102. DV		103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido SANDOVAL	105. Segundo apellido CASTRO	106. Primer nombre ARMANDO
107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación REPRS LEGAL SUPL	1 9	99. Fecha inicio ejercicio representación 2 0 1 9 1 1 0 5
100. Tipo de documento Cédula de Ciudadan	1 3	101. Número de identificación 5 3 0 0 3 7 5 6
102. DV		103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido ESPITIA	105. Segundo apellido PINTO	106. Primer nombre ANGELA
107. Otros nombres YANETH		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento		101. Número de identificación
102. DV		103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento		101. Número de identificación
102. DV		103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal
98. Representación		99. Fecha inicio ejercicio representación
100. Tipo de documento		101. Número de identificación
102. DV		103. Número de tarjeta profesional
104. Primer apellido	105. Segundo apellido	106. Primer nombre
107. Otros nombres		
108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14692437382



(415)7707212489984(8020) 000001469243738 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 0 1 3 5 1 3 8 6 1	6. DV 1	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico 3 2
---	------------	--	------------------------------

Socios y/o Miembros de Juntas Directivas, Consorcios, Uniones Temporales

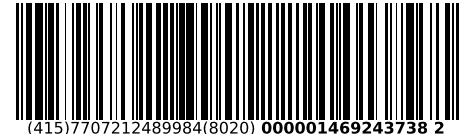
1	111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 3 1 8 3 0 0 3 5 0 3 7	113. DV 4	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
	119. Razón social EMPRESA DE SERVICIOS INTEGRALES S A S				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 7 0 2 0 1 9 1 1 0 5	123. Fecha de retiro	
2	111. Tipo de documento NIT	112. Número de identificación 3 1 9 0 0 5 9 1 3 3 4	113. DV 4	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
	119. Razón social SOLOASEO DISTRIBUCIONES S.A.S.				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 2 5 2 0 1 9 1 1 0 5	123. Fecha de retiro	
3	111. Tipo de documento Cédula de Ciudadana	112. Número de identificación 1 3 1 9 2 5 4 9 2 1	113. DV	114. Nacionalidad COLOMBIA	1 6 9
	115. Primer apellido ESPITIA	116. Segundo apellido CAMARGO	117. Primer nombre NELSON	118. Otros nombres ORLANDO	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso 5 2 0 1 9 1 1 0 5	123. Fecha de retiro	
4	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	
5	111. Tipo de documento	112. Número de identificación	113. DV	114. Nacionalidad	
	115. Primer apellido	116. Segundo apellido	117. Primer nombre	118. Otros nombres	
	119. Razón social				
	120. Valor capital del socio	121. % Participación	122. Fecha de ingreso	123. Fecha de retiro	

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14692437382



(415)7707212489984(8020) 000001469243738 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 3 5 1 3 8 6 1

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

Revisor Fiscal y Contador

Revisor fiscal principal	124. Tipo de documento	125. Número de identificación	126. DV	127. Número de tarjeta profesional
	128. Primer apellido	129. Segundo apellido	130. Primer nombre	131. Otros nombres
	132. Número de Identificación Tributaria (NIT)	133. DV	134. Sociedad o firma designada	
	135. Fecha de nombramiento			
Revisor fiscal suplente	136. Tipo de documento	137. Número de identificación	138. DV	139. Número de tarjeta profesional
	140. Primer apellido	141. Segundo apellido	142. Primer nombre	143. Otros nombres
	144. Número de Identificación Tributaria (NIT)	145. DV	146. Sociedad o firma designada	
	147. Fecha de nombramiento			
Contador	148. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3	149. Número de identificación 1 3 9 2 4 1 0 9	150. DV	151. Número de tarjeta profesional 1 5 3 8 8 4 T
	152. Primer apellido PINTO	153. Segundo apellido ESLAVA	154. Primer nombre EDGAR	155. Otros nombres ALONSO
	156. Número de Identificación Tributaria (NIT)	157. DV	158. Sociedad o firma designada	
	159. Fecha de nombramiento 2 0 2 0 0 4 0 3			

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

UNION TEMPORAL EMINER - SOLOASEO 2020

Identificado con

Nº9013513861

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0951 BE EM 951 BOG ME, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS PYME

Número : 24098846951

Fecha de Apertura : 27 de diciembre de 2019

Condiciones de Manejo : 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 INTERESE

Realizada en la oficina 0964 COE BOGOTA-I de la ciudad de BOGOTA, el día martes, 15 de diciembre de 2020

Cordialmente,

Efectuado por:

L7B2A4E7 - LUIS EDUARDO BELTRAN AMORTEGUI



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS



CERTIFICACIÓN: ACREDITANDO PAGO DE APORTES

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la ley 789, NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO, identificado con la cedula de ciudadanía número 19.254.921 de Bogotá y con NIT 19.254.921-8 y EDGAR ALONSO PINTO ESLAVA identificado con la cedula de ciudadanía número 13.924.109, nos permitimos certificar, que NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO y sus empleados se encuentran a paz y salvo en el pago de aportes a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensión y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, incluyendo los últimos seis (6) meses anteriores, a la fecha de expedición de la presente certificación.

Certificación Expedida a los 1 días del mes de diciembre de 2020

Cordialmente,

NELSON ORLANDO ESPITIA CAMARGO

C.C. No. 19.254.921

Propietario.

EDGAR ALONSO PINTO ESLAVA

CC. 13.924.109, TP 153884 T

Contador