



Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante: MHNaguiar Nancy Aguilar Sanchez
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4
Fecha y Hora Sistema: 2024-01-16-12:09 p. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL													
Número:	1356824	Fecha Registro:	2024-01-09	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4								
Vigencia Presupuestal	Cuentas por pagar	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	425823	Comprobante Contable de la Generación:							
Fecha Máxima Pago:	2024-01-11	Código de Referencia:	04500072300001356824		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00					
Valor Bruto:	10.000.000,00	Valor Deducciones:	0,00		Valor Neto:	10.000.000,00	Saldo x Pagar:	0,00					
VALORES PAGADOS													
TRM Pago		Valor Bruto	10.000.000,00	Valor Deducciones	0,00	Valor Neto	10.000.000,00	Moneda Base Compra		Valor MBC			
REINTEGROS													
Números							No Recaudo:						
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00		Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00		Reintegrado Neto Pesos:	0,00						
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00		Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00		Reintegrado Neto Moneda:	0,00						
TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO													
Identificación:	901637502	Razón Social:	GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS						Medio de Pago:	Abono en cuenta			
CUENTA BANCARIA													
Número:	29100006937	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo:	Corriente	Estado:	Activa				
TESORERIA						DOCUMENTO SOPORTE							
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN						Número:	FE 1114	Tipo:	FACTURA	Fecha:	2024-01-09		
Tipo Beneficiario Pago						01 - Beneficiario final							
ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS													
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES				
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA	
006 COMANDO AEREO DE COMBATE No.4 / A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE													
	Nación	16	SSF	10.000.000,00	0,00	10.000.000,00				Pesos	0,00	0,00	
LINEAS DE PAGO VINCULADA													
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC			POSICION DEL CATALOGO DE PAC			FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO			ESTADO		
006 - COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4			4-2 - ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF			2024-01-16	10.000.000,00	40 BIENES, SERVICIOS, IMPUESTOS Y			Pagada		

T1 JAVIER MAURICIO BARBOSA QUINTERO
TESORERO CACOM-4



Orden de pago Presupuestal de gastos Comprobante

Usuario Solicitante:

MHnaguilar

Nancy Aguilar Sanchez

Unidad ó Subunidad

15-01-05-006

FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4

Ejecutora Solicitante:

Fecha y Hora Sistema:

2024-01-18-11:50 a. m.

ORDEN DE PAGO PRESUPUESTAL									
Número:	4351424	Fecha Registro:	2024-01-16	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-05-006	FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4			
Vigencia Presupuestal	Reservas presupuestales	Estado:	Pagada	Nro Obligación:	1424	Comprobante Contable de la Generación:			
Fecha Máxima Pago:	2024-01-18	Código de Referencia:	04500072300004351424			Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Bruto:	27.044.837,14	Valor Deducciones:	177.114,00			Valor Neto:	26.867.723,14	Saldo x Pagar:	0,00

VALORES PAGADOS									
TRM Pago		Valor Bruto	27.044.837,14	Valor Deducciones	177.114,00	Valor Neto	26.867.723,14	Moneda Base Compra	Valor MBC

REINTEGROS					
Números				No Recaudó:	
Bruto Reintegrado Pesos:	0,00	Reintegrado Deducciones Pesos:	0,00	Reintegrado Neto Pesos:	0,00
Bruto Reintegrado Moneda:	0,00	Reintegrado Deducciones Moneda:	0,00	Reintegrado Neto Moneda:	0,00

TERCERO DE LA ORDEN DE PAGO									
Identificación:	901637502	Razón Social:	GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS				Medio de Pago:	Abono en cuenta	

CUENTA BANCARIA									
Número:	29100006937	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo:	Corriente	Estado:	Activa

TESORERIA					DOCUMENTO SOPORTE				
13-01-01-DT - DIRECCION TESORO NACION DGCPTN				Número:	FE1114	Tipo:	FACTURA	Fecha:	2024-01-16

Tipo Beneficiario Pago 01 - Beneficiario final

ITEM PARA AFECTACION DE GASTOS												
DEPENDENCIA / POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	REC	SIT	VALOR		VALOR PAGADO	VALOR REINTEGRADO		USO DE PROYECTOS ESPECIALES			
				PESOS	MONEDA	PESOS	PESOS	MONEDA EXTRANJERA	USO DE PROYECTO	MONEDA	TASA DE CAMBIO	VALOR MONEDA
006 COMANDO AEREO DE COMBATE No.4 / A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE												
	Nación	10	CSF	27.044.837,14	0,00	27.044.837,14				Pesos	0,00	0,00

DEDUCCIONES									
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTALES				TERCERO				TARIFA	VALOR
2-01-04-01-05	RETE FUENTE - SERVICIO DE VIGILANCIA Y ASEO	800197268		U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES				2,000 %	66.211,00
2-01-04-02-01-03	RETE IVA - SERVICIOS GRAVADOS - RÉGIMEN COMÚN - SERVICIOS	800197268		U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES				15,000 %	94.350,00
2-01-05-01-97	RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	890701933		MUNICIPIO DE MELGAR				0,500 %	16.553,00

LINEAS DE PAGO VINCULADA									
DEPENDENCIA PARA AFECTACION DE PAC			POSICION DEL CATALOGO DE PAC			FECHA	VALOR	ATRIBUTO LINEA DE PAGO	ESTADO
006 - COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4			1-2 - ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF			2024-01-24	27.044.837,14	40 BIENES, SERVICIOS, IMPUESTOS Y	Pagada

T1 JAVIER MAURICIO BARBOSA QUINTERO

TESORERO CACOM-4



Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHPVargas Pedro Leon Vargas Vargas
Unidad ó Subunidad: 15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4
Ejecutora Solicitante:
Fecha y Hora Sistema: 2024-01-05-5:27 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Numero:	1424	Fecha Registro:	2024-01-05	Unidad / Subunidad ejecutora:		15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4					
Vigencia Presupuestal	Reservas presupuestales	Estado:	Generada	Requiere DIP:		No	Tipo de DIP:		Nro. Compromiso:	411123	
Valor Inicial:	27.044.837,14	Valor Total Operaciones:				0,00	Valor Actual:	27.044.837,14	Saldo x Ordenar:	27.044.837,14	
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	Valor Total Operaciones Moneda Original:				0,00	Valor Actual moneda Original:	0,00	Saldo x Ordenar moneda Original:	0,00	
Valor Deducciones:	177.114,00	Valor Neto:				26.867.723,14	Valor IVA:	0,00	Nro. Cdp:	14523	
Valor Deducciones Moneda:	0,00	Valor Neto Moneda:				0,00	Atributo Contable:	40-BIENES, SERVICIOS	Comprobante Contable:		
TERCERO											
Identificacion:	901637502	Razon Social:	GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS						Medio de Pago:	Abono en cuenta	
CUENTA BANCARIA											
Numero:	29100006937	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.					Tipo:	Corriente	Estado:	Activa
CUENTA X PAGAR						CAJA MENOR					
Numero:	1524	Tipo:	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes		Identificacion:				Fecha de Registro:		
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	FE1114		Tipo:	FACTURA				Fecha:	2024-01-05		
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO											
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR	
006 COMANDO AEREO DE COMBATE No.4	A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE	Nación	10	CSF	40-BIENES, SERVICIOS						
						Total:	27.044.837,14	0,00	27.044.837,14	27.044.837,14	

Objeto: CUENTAS POR PAGAR ORDEN DE COMPRA 121504SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA ELCACOM-4 PRIMER PAGO *****FAC-S-2023-08960-CP SALDO DE LA FACTURA

PLAN DE PAGOS						
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC		POSICION DEL CATALOGO DE PAC		FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
006 COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4		1-2 ANC - GASTOS GENERALES NACION CSF		2024-12-02	Generada	27.044.837,14
POSICIONES DEL CATALOGO PARA PAGO NO PRESUPUESTAL						
POSICION DEL CATALOGO DE PAGO	IDENTIFICACION	NOMBRE BENEFICIARIO	BASE GRAVABLE	TARIFA	VALOR DEDUCCION	SALDO DISPONIBLE PARA ORDENAR
2-01-04-01-05 RETEFUENTE - SERVICIO DE VIGILANCIA Y ASEO	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	3.310.530,00	2,000 %	66.211,00	66.211,00
2-01-04-02-01-03 RETE IVA - SERVICIOS GRAVADOS - RÉGIMEN COMÚN - SERVICIOS	NIT 800197268	U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES	629.001,00	15,000 %	94.350,00	94.350,00
2-01-05-01-97 RETE-ICA-OTRAS CIUDADES-SERVICIOS	NIT 890701933	MUNICIPIO DE MELGAR	3.310.530,00	0,500 %	16.553,00	16.553,00


Coronel YERIM ANDRÉS ROZO CEPEDA
Ordenador del Gasto


ST. PINZON PAULA ANDREA
CONTADORA



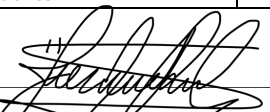
Obligación Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHPlvargas Pedro Leon Vargas Vargas
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4
Fecha y Hora Sistema: 2023-12-29 8:31 p. m.

REGISTRO PRESUPUESTAL DE OBLIGACION.											
Numero:	425823	Fecha Registro:	2023-12-29	Unidad / Subunidad ejecutora:			15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generada	Requiere DIP:		No	Tipo de DIP:		Nro. Compromiso:	411123	
Valor Inicial:	10.000.000,00	Valor Total Operaciones:			0,00			Valor Actual:	10.000.000,00	Saldo x Ordenar:	10.000.000,00
Valor Inicial Moneda Original:	0,00	Valor Total Operaciones Moneda Original:			0,00			Valor Actual Moneda Original:	0,00	Saldo x Ordenar Moneda Original:	0,00
Valor Deducciones:	0,00	Valor Neto:	10.000.000,00			Valor IVA:			0,00	Nro. Cdp:	14523
Valor Deducciones Moneda:	0,00	Valor Neto Moneda:	0,00			Atributo Contable:			40-BIENES, SERVICIOS, IMPUESTOS Y		
TERCERO											
Identificacion:	901637502	Razon Social:	GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS						Medio de Pago:	Abono en cuenta	
CUENTA BANCARIA											
Numero:	29100006937	Banco:	BANCOLOMBIA S.A.					Tipo:	Corriente	Estado:	Activa
CUENTA X PAGAR						CAJA MENOR					
Numero:	417723	Tipo:	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes			Identificacion:	Fecha de Registro:				
DOCUMENTO SOPORTE											
Numero:	FE1114		Tipo:	FACTURA				Fecha:	2023-12-29		
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO											
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSO	SITUAC.	ATRIBUTO CONTABLE	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X ORDENAR	
006 COMANDO AEREO DE COMBATE No.4	A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE	Nación	16	SSF	40-BIENES, SERVICIOS,						
						Total:	10.000.000,00	0,00	10.000.000,00	10.000.000,00	

Objeto:	ORDEN DE COMPRA 121504SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA ELCACOM-4PRIMER PAGO *****FAC-S-2023-08960-CP PAGO PARCIAL FACTURA X REC 16
---------	--

PLAN DE PAGOS				
DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC	POSICION DEL CATALOGO DE PAC	FECHA DE PAGO	ESTADO	VALOR A PAGAR
006 COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4	4-2 ANS - GASTOS GENERALES NACION SSF	2023-12-29	Generada	10.000.000,00


Coronel YERIM ANDRES ROZO CEPEDA
Ordenador del Gasto


ASD2 ADRIANA MARCELA BAZURTO D.
CONTADORA

	FUERZA AEREOESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	05
		Vigencia:	26-09-2023

AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN PAGO N° **FAC-S-2023-008960-CP**

FECHA: 29-12-2023

El suscrito **CR. YERIM ANDRES ROZO CEPEDA** Ordenador del Gasto de **COMANDO AEREO DE COMBATE No 4** nombrado mediante **Resolución 155 23-01-2023** ; autoriza **pago parcial ORDEN DE COMPRA 121504** y certifica que los documentos aquí relacionados y anexos, cumplen con todos los requisitos para realizar el pago de acuerdo a lo establecido en la circular "Políticas y disposiciones de orden financiero para el pago de obligaciones contractuales y reglamentarias de la Fuerza Aérea Colombiana"

CONCEPTO	DESCRIPCION
PROVEEDOR	GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS
TIPO DOC. DE IDENTIFICACIÓN	NIT
No. DOC. DE IDENTIFICACIÓN	901637502
No DOC. SOPORTE	ORDEN DE COMPRA 121504
VALOR TOTAL	\$481.131.206,23
VALOR A PAGAR	\$ 37.044.837,14
RUBRO PRESUPUESTAL AL MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN	\$ 15.535.398,11 02-02-02-008-005-03 REC10 \$ 10.000.000,00 02-02-02-008-005-03 REC 16 \$ 11.509.439,03 02-02-02-008-005-09-7 REC 10
NÚMERO DE LA ENTRADA DEL BIEN Y/O SERVICIO (SAP)	1002011375-1002011383-1002011388
NÚMERO DEL PEDIDO CON CARGO AL CONTRATO DEL BIEN Y/O SERVICIO RECIBIDO (SAP)	4200326965
VIGENCIA	2023
PAC MES	DICIEMBRE / CXP
BANCO	BANCOLOMBIA S.A.
TITULAR	GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS
TIPO DE CUENTA BANCARIA/ GIRO	Corriente
NUMERO CUENTA	29100006937
ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS (cuando aplique)	
TITULAR	
NIT/C.C	
BANCO	
TIPO DE CUENTA BANCARIA	
NUMERO CUENTA	

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	N° FOLIOS
DIGITAL	Factura No.FE 1114	1
DIGITAL	Orden de Compra No. 121504	1
DIGITAL	Certificado de Disponibilidad Presupuestal No.14523	1
DIGITAL	Certificado Plan de Adquisiciones	1
DIGITAL	Registro Presupuestal del Compromiso No.411123	1
DIGITAL	Formato Acta de recibo a Satisfacción	4
DIGITAL	Formato de imputación de bienes y/o servicios	1

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	5
		Vigencia:	26-09-2023

DIGITAL	Entrada de bienes y/o servicio (SAP) No. 1002011375-1002011383-1002011388	3
DIGITAL	Cuenta por pagar SIIF No. 417223-417723	2
DIGITAL	Rut	3
DIGITAL	Certificado Bancario	1
DIGITAL	Planilla de pago de Aportes Parafiscales y Certificación	40
TOTAL FOLIOS		59

En constancia de lo anterior firman:



Coronel YERIM ANDRES ROZO CEPEDA
Segundo Comandante y Jefe de Estado Mayor CACOM 4

Elaboró: AS14. FRANCO / DECON Aprobó: AS14. FRANCO / DECON

	FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA	Código:	GA-JEADA-FR-201
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	5
		Vigencia:	26-09-2023



	FUERZA AEROSPACIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	04
		Vigencia:	01-11-2023

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS PARCIAL		FECHA 31/12/2023
CONTRATO N°		Orden de Compra 121504
FECHA SUSCRIPCIÓN		1-12-2023
OBJETO DEL CONTRATO		Servicio Integral de Aseo para el CACOM 4
FORMA DE PAGO	Las entidades compradoras deben APROBAR o RECHAZAR la factura dentro de los TRES (3) DÍAS HÁBILES siguientes a la presentación de la misma. Una vez aprobadas, la Entidades Compradoras deben pagar las facturas dentro de los TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO siguientes a la fecha de aprobación de la factura. Si al realizar la verificación completa de una factura se establece que esta no cumple con la totalidad de los requisitos la entidad compradora solicitará las correcciones a la misma dentro de los TRES (3) DÍAS HÁBILES siguientes al rechazo; el término de TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO empezará a contar a partir de la aprobación de la nueva factura. La Entidad Compradora deberá entregar el comprobante de pago, incluyendo detalle de los descuentos y retenciones realizados al Proveedor y publicado en la Tienda Virtual del Estado Colombiano en un plazo no mayor a OCHO (8) DÍAS HÁBILES siguientes al pago efectivo.	
CONTRATISTA	UNIÓN TEMPORAL OUTSOURCING GIAF N.I.T. 901.677.020-1 representada legalmente por MAURICIO RUGE MURCIA	
INTERVENTOR	No aplica	
SUPERVISOR	MY JORGE LUIS ROSERO MUÑOZ, ST. TOLOSA GARZON JULIAN FELIPE	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 481.131.206,23	
PLAZO DE EJECUCION (DE ENTREGA)	07-09-2024	
FECHA DE INICIO	15-12-2023	
FECHA DE SUSPENSIÓN	No aplica	
FECHA DE REINICIACIÓN	No aplica	
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	No aplica	
OBJETO DEL CONTRATO MODIFICATORIO	No aplica	
FORMA DE PAGO	No aplica	
PLAZO DE ENTREGA	No aplica	
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 481.131.206,23	
En las instalaciones del Comando Aéreo de Combate No. 4, el día 31 del mes de diciembre de 2023, se reunieron el señor CR. YERIM ANDRES ROZO CEPEDA en su calidad de Ordenador del Gasto, los señores MY JORGE LUIS ROSERO MUÑOZ y ST. TOLOSA GARZON JULIAN FELIPE en su calidad de supervisores por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA – CACOM-4 y el señor MAURICIO RUGE MURCIA en su calidad de representante legal de la empresa UNIÓN TEMPORAL OUTSOURCING GIAF; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo PARCIAL, de los bienes y/o servicios correspondientes(s) al objeto contractual descrito en el citado contrato. Luego de adelantar la inspección a los servicios se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y/o especificaciones técnicas y la entrega se cumplió dentro del plazo contractual establecido. A continuación, se describen pormenorizadamente los servicios prestados, así:		
DESCRIPCIÓN DE OBRAS RECIBIDAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
No aplica	No aplica	No aplica

	FUERZA AEROSPAECIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	04
		Vigencia:	01-11-2023

DESCRIPCIÓN DE BIENES RECIBIDOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
No aplica	No aplica	No aplica
DESCRIPCION DE SERVICIOS RECIBIDOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
SERVICIO INTEGRAL ASEO PARA EL CACOM 4	1	Factura FE No. 11144, con corte de actividades diciembre 2023, conforme a la oferta económica del contratista
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
No aplica	No aplica	No aplica
ANEXOS O ACTIVIDADES SOPORTE DE LA (S) 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
No aplica	No aplica	No aplica
PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)		
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
Aide Leon Moya	Operario de Aseo y Limpieza	CC 52.339.794
Clara Ines Diaz	Operario de Aseo y Limpieza	CC 39.622.273
Erika Patricia Gallego	Operario de Aseo y Limpieza	CC 1.054.542.083
Fanny Pacheco Charry	Operario de Aseo y Limpieza	CC 20.875.811
Leidi Yisel Rios Urueña	Operario de Aseo y Limpieza	CC 65.824.630
Luisa Fernanda Cruz	Operario de Aseo y Limpieza	CC 65.824.037
Luisa Fernanda Navarro	Operario de Aseo y Limpieza	CC 1.106.892.822
Maria Isabel Gonzalez	Operario de Aseo y Limpieza	CC 65.822.802
Mayerly Cuenca	Operario de Aseo y Limpieza	CC 26.586.123
Mayerly Gomez	Operario de Aseo y Limpieza	CC 1.014.229.606
Rosa Milena Granados	Operario de Aseo y Limpieza	CC 40.076.756
Rosabel Garcia	Operario de Aseo y Limpieza	CC 28.845.739
Yasmin Sanchez	Operario de Aseo y Limpieza	CC 28.995.582
Diana Marcela Sierra Rivera	Operario de Aseo y Limpieza	CC 1.106.890.921
Pablo Paez Cañon	Jardinero	CC 245.473
Fredy Rodriguez Badillo	Jardinero capacitado para trabajo en alturas	CC 14.252.684
Jose Manuel Otero Morales	Jardinero	CC 7.538.795

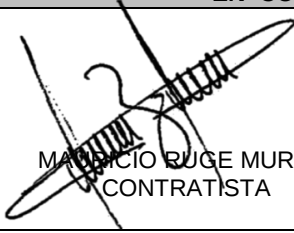
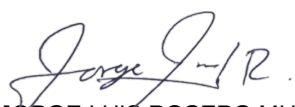
	FUERZA AEROSPAECIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	04
		Vigencia:	01-11-2023

Luis Henry Rodriguez Muñoz	Jardinero	CC 5935632
AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS BIENES		
El pago de este recibo a satisfacción incrementa el valor y/o la vida útil del bien a intervenir.		
Incrementa el valor del bien: SI: ____ NO: ☒ Valor del incremento: \$ _____ (Valor parcial o total correspondiente a este pago) Una vez ejecutado el 100% del contrato, incrementa vida útil del bien: SI: ____ NO: ☒ Años a incrementar: _____ En caso de ser el pago final de un contrato de obra o mantenimiento mayor sobre un bien inmueble, indique si el bien se encuentra en condiciones de uso, una vez ejecutado el 100% del Contrato: SI ____ NO ☒		
* Esta información debe guardar relación con la registrada en el formato estudio de documentos		
SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO		
DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 481.131.206,23	
VALOR ADICIÓN	\$ 0	
VALOR FINAL CONTRATO	\$ 481.131.206,23	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	\$ 0	
PRIMER PAGO PARCIAL PAC diciembre y/o Cuentas por pagar 2023 pagaderas dentro del primer trimestre del año 2024	\$ 37.044.837,14	FACTURA FE No 1114 CORRESPONDIENTE AL 7.69 % DE EJECUCION A LA FECHA
PAGO SALDO PAC	\$ 444.086.369,09	
ANEXOS		
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. FE 1114	X
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	

	FUERZA AEROSPAECIAL COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	04
		Vigencia:	01-11-2023

COPIA	Certificación de aportes seguridad social y parafiscales firmada por el revisor fiscal y/o representante legal y recibo del último pago (planilla pago)	X
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	X

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

 MAURICIO RUGE MURCIA CONTRATISTA	 MY JORGE LUIS ROSERO MUÑOZ SUPERVISOR O INTERVENTOR
 ST. TOLOSA GARZON JULIAN FELIPE SUPERVISOR O INTERVENTOR	 CR. YERIM ANDRES ROJO CEPEDA ORDENADOR DEL GASTO



Factura Electrónica De Venta No

FE No. 1114

Documento Oficial de Autorización de Numeración Facturación Electrónica No. 18764062138104 que habilita desde FE 1001 hasta FE 3000. Vence 2024-12-18

UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF

Nit **901677020** 1

RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS - I.V.A.
NO SOMOS AGENTES RETENEDORES DE I.V.A.
No somos Grandes Contribuyentes
ACTIVIDAD ECONOMICA-CODIGO CIIU 8121

CLIENTE		FAC - COMANDO AEREO DE COMBATE NO. 4						
NIT		800141632 1			POR CONCEPTO DE			
DIRECCIÓN		CIUDAD	TELÉFONO	#\$15-01-05-006;OC121504;jorge.rosero@fac.mil.co#\$				
KM 1 VIA MELGAR -BOGOTA		Melgar						
FECHA FACTURA		FECHA VENCIMIENTO			VENDEDOR			FORMA DE PAGO
26/12/2023		26/01/2024			UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF			Credito
Item	Código	Descripción	Cantidad	U Medida	Valor Unitario	IVA	Valor IVA	Total
1	CCE TIEM	OPERARIOS DE ASEO Y CAFETERIA TIEMPO COMPLETO -	10	Und.	1.466.862,00	19%	27.870,38	14.668.620,00
2	CCE TIEM	OPERARIOS DE ASEO Y CAFETERIA TIEMPO COMPLETO -	4	Und.	1.466.862,00	19%	27.870,38	5.867.448,00
3	JARDINER	JARDINERO CAPACITADO PARA TRABAJO EN ALTURAS	1	Und.	1.466.862,00	19%	27.870,38	1.466.862,00
4	JARDINER	JARDINERO TIEMPO COMPLETO	5	Und.	1.466.862,00	19%	27.870,38	7.334.310,00
5	BIENES D	BIENES DE ASEO Y CAFETERIA	1	Und.	3.768.065,75	19%	71.593,25	3.768.065,75
6	AIU	AIU APLICADO AL CONTRATO	1	Und.	3.310.530,58	0%	0,00	3.310.530,58
Total líneas o ítems: 6					SUBTOTAL			36.415.836,33
Porcentaje de Participacion de los miembros: GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS SAS NIT: 901637502 - 55% MCD Y CIA SAS NIT: 804003814 - 45%					DESCUENTO			0,00.
					IVA			629.000,81.
					TOTAL			37.044.837,14

Valor en Letras

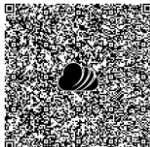
TREINTA Y SIETE MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE CON CATORCE CENTAVOS

Realizar transferencia a nombre de Union Temporal Outsourcing Giau
Cta Cte 291-000074 -73 Bancolombia

Base Gravable	Valor	%
	3.310.530,58	10,00

(*) El porcentaje de los conceptos AIU Hacen Referencia a la base para I.V.A.
(*) Favor Retener 2% por renta sobre la Base Gravable AIU (ART. 462-1 E.T.)
(*) Favor Practicar Retencion de IVA según artículo 437-1 y 437-2 E.T.

MELGAR - SERVICIO MES DE DICIEMBRE



Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica

Fecha y Hora de Generación: 26/12/2023 16:16:02
Medios de Pago: Consignación bancaria

KM 4 PAR INDUSTRIAL ZIMURA BODEGA 15 -16 ANILLO VIAL GIRON Teléfono 68007150
Correo Electrónico gerenteutgiaf@gmail.com

	FUERZA AÉEROESPACIAL COLOMBIANA			Código	GA-JEADA-FR-132
	FORMATO DE IMPUTACION DE BIENES Y SERVICIOS POR RUBRO PRESUPUESTAL			Versión No:	2
				Vigencia	7/09/2023

Jefatura o Unidad:										CACOM-4			
Nombre del Supervisor de Contrato										MY. JORGE LUIS ROSERO MUÑOZ, ST TOLOSA GARZON JULIAN FELIPE			
Ordenador del Gasto										CR. YERIM ANDRES ROZO CEPEDA			
No. Contrato										ORDEN DE COMPRA 121504			
Objeto del contrato										SERVICIO INTEGRAL DE ASEO DEL CACOM 4			
Valor del contrato										\$ 481.131.206,23			
Adición										\$ 0,00			
Reducción										\$ 0,00			
Valor final del contrato										\$ 481.131.206,23			
IMPUTACIÓN DEL RUBRO A SU MAXIMO NIVEL DE DESAGREGACIÓN										USO PRESUPUESTAL INVERSIÓN	DESCRIPCION 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				
02	02	02	008	005	03				10		Servicios de limpieza	SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA	\$ 15.535.398,11
02	02	02	008	005	03				16		Servicios de limpieza	SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA	\$ 10.000.000,00
02	02	02	008	005	09	7			10		Servicios de mantenimiento y cuidado del paisaje	MANTENIMIENTO ZONAS VERDES	\$ 11.509.439,03
TOTAL VIGENCIA 2023													\$ 37.044.837,14
02	02	02	008	005	03				10		Servicios de limpieza	SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA	\$ 247.692.555,26
02	02	02	008	005	03				16		Servicios de limpieza	SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA	\$ 60.000.000,00
02	02	02	008	005	09	7			10		Servicios de mantenimiento y cuidado del paisaje	MANTENIMIENTO ZONAS VERDES	\$ 136.393.813,83
TOTAL VIGENCIA 2024													\$ 444.086.369,09
TOTAL VIGENCIAS 2023, 2024													\$ 481.131.206,23

					<u>Control</u> - Su contrato se ha modificado en: (En caso de diferencia, modificar valores de rubros de acuerdo a modificatorio y ultimo 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	Se constituirán en Cuentas 2023 por Pagar en el primer trimestre del año 2024	N/A	PRIMER PAGO PARCIAL	02-02-02-008-005-03 REC10	SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA	\$ 15.535.398,11	\$ 15.535.398,11	\$ 0,00
				02-02-02-008-005-03 REC 16	SERVICIO DE ASEO Y LIMPIEZA	\$ 10.000.000,00	\$ 10.000.000,00	\$ 0,00
				02-02-02-008-005-09-7 REC 10	MANTENIMIENTO ZONAS VERDES	\$ 11.509.439,03	\$ 11.509.439,03	\$ 0,00
TOTALES						\$ 37.044.837,14	\$ 37.044.837,14	\$ 444.086.369,09

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	MY JORGE LUIS ROSERO MUÑOZ
FECHA	31/12/2023

FIRMA (Supervisor del Contrato)	
POSTFIRMA	ST TOLOSA GARZON JULIAN FELIPE
FECHA	31/12/2023

PAZ Y SALVO SEGURIDAD SOCIAL

Los suscritos, SERGIO ENRIQUE DELGADO CENTENO identificado con c.c. 91.294.543 de Bucaramanga actuando como Representante Legal y MARTA OFELIA REINA BALAGUERA identificada con c.c. 63.271.902 de Bucaramanga y Tarjeta Profesional No. 15742-T actuando como Revisor Fiscal; de MCD Y COMPAÑÍA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA, MCD & CIA S.A.S. con NIT 804.003.814-9, mediante el presente documento, certificamos bajo la gravedad de juramento que la empresa MCD Y COMPAÑÍA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA, MCD & CIA S.A.S. con NIT 804.003.814-9 de acuerdo con lo señalado en la Ley 828 de 2003, y el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, se encuentra a paz y salvo y en total cumplimiento en el pago de los aportes en seguridad social, a saber: Salud, Fondos de Pensión, ARL, Caja de Compensación realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha.

Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y al artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Certifico que se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto de nómina se encuentran en situación de cumplimiento en materia de pago de giros y pagos a aportes al Sistema de protección Social, por concepto de sus empleados con contrato laboral sometido a la ley colombiana.

Certifico que se cumplen con las condiciones y requisitos del Artículo 25 de las Ley 1607 de 2012 sobre exoneraciones del pago de aportes parafiscales y salud.

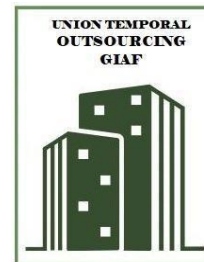
Bucaramanga, 26 de diciembre de 2023



MARTA OFELIA REINA BALAGUERA
c.c. 63.271.902 de Bucaramanga
Tarjeta Profesional de Contador Público No. 15742-T
Revisor Fiscal
MCD Y CIA SAS



SERGIO ENRIQUE DELGADO CENTENO
c.c. 91.294.543 de Bucaramanga
Representante Legal
MCD Y CIA SAS



Girón, 26 de diciembre de 2023

CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES PERSONA JURIDICA

UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF

Yo, Mauricio Ruge Murcia con CC 91.260.249 de Bucaramanga en mi calidad de Representante Legal de la **UNIÓN TEMPORAL OUTSOURCING GIAF** con número de identificación tributaria **901.677.020-1**, manifiesta y certifica libre, espontáneamente y bajo la gravedad de Juramento y en cumplimiento a lo establecido en de acuerdo con lo señalado en la Ley 828 de 2003, y el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el cumplimiento en el pago de los aportes en seguridad social, a saber: Salud, Fondos de Pensión, ARL, Caja de Compensación realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha.

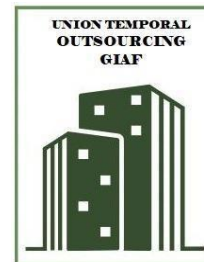
Estos pagos, corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos seis (6) meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y al artículo 23 de la ley 1150 de 2007.

Certifico que se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto de nómina se encuentran en situación de cumplimiento en materia de pago de giros y pagos a aportes al Sistema de protección Social, por concepto de sus empleados con contrato laboral sometido a la ley colombiana.

Certifico que se cumplen con las condiciones y requisitos del Artículo 25 de la Ley 1607 de 2012 sobre exoneraciones del pago de aportes parafiscales y salud.

CP Mauricio Ruge Murcia
Representante Legal
CC 91.260.249
Cel. 67008150

Nota: La Unión Temporal es una de las figuras que contempla la Ley 80 de 1993, la cual no la considera una sociedad, ni tampoco una persona jurídica, como puede observarse en los artículos 6 y 7 de la norma citada y por tanto no están obligadas a tener revisor fiscal.



Girón, 26 de diciembre de 2023

CERTIFICACIÓN CERTIFICADO DE EXONERACIÓN APORTES

Yo, Mauricio Ruge Murcia con CC 91.260.249 de Bucaramanga en mi calidad de Representante Legal de **Unión Temporal Outsourcing GIAF** con número de identificación tributaria **901.677.020-1** con domicilio principal en El Parque Industrial Zimura Bodega 15-16 Anillo Vial Palenque Floridablanca Km 4 + 700 Vereda Rio Frio, manifiesto y certifico libre, espontáneamente y bajo la gravedad de Juramento que según lo establecido en la ley 1607 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto 862 de 2013 y lo contenido en artículo 114-1 del Estatuto Tributario parágrafo 3 y demás normas concordantes estamos exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional del Aprendizaje (SENA) y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

La presente certificación se expide en cumplimiento del Decreto Reglamentario No. 2286 de 2003

CP Mauricio Ruge Murcia
Representante Legal
CC 91.260.249

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. Subsidio C. Beneficiario	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)
--	--	---	--	---	---------------------------------

6. Apellidos y nombres Moto Leon Aide Cernia	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 52339794	9. Sexo X Masculino ☒ Femenino ☐	10. Fecha de nacimiento 28.02.1975
--	---	--	--	---

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población espacial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SURA	16. Administradora de pensiones Boliver
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000	18. Residencia Torre de la palma	19. 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: Moto Segundo Apellido: Leon Primer Nombre: Aide Segundo Nombre: Cernia	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo ☒ Masculino ☐ Femenino	23. Fecha de nacimiento
--	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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 ☐ Masculino ☐ Femenino	28. Fecha de nacimiento
--	------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------

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

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

35. Nombre o razón social UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF	36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 901677020-1	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
---	--	--	---

39. Ubicación KM 4 + 700 M. PARQUE ZIMURA	7008150	UTAFILIACIONES@GMAIL.COM	FLORIDABLANCA	SANTANDER
---	---------	--------------------------	---------------	-----------

40. Tipo de Novedad	41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad: Sexo: Fecha de nacimiento:	42. Fecha de novedad 16.12.2023
---------------------	--	--

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
------------------	------------------------	--

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	47. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	48. Declaración de asistencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
--	---	--

49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia 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 maneje 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 requieren.
---	--	--

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 2011.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
---	---

54. Anexos Cantidad: CN RC TI CG PA CE UD SC Total: 8	55. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	56. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
--	---	---

57. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la supresión de cuernos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	58. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	59. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
---	--	---



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

AIDE CENOVIA MOYA LEON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.339.794**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

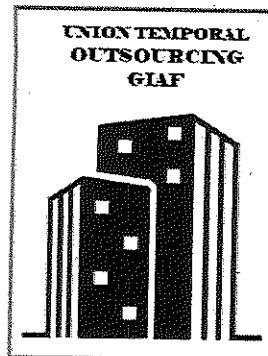
Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



Floridablanca, 16 de diciembre del 2023.

Señores
EPS SANITAS
Ciudad

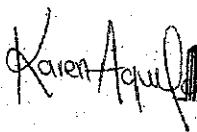
Referencia: Solicitud Radicación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como **UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF NIT. 901677020-1** para las personas que se detallan a continuación:

N	Tipo Doc. Empleado	No. Doc. Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	39622273	CLARA INES DIAZ HERNANDEZ	1160000	16-12-2023		MANZANA 8 CASA 10 BARRIO LA ESPERANZA	MELGAR/TOLIMA	3142688824	DIAZHERNANDEZCLARAINES@GMAIL.COM

Cordialmente,



**UNION TEMPORAL
OUTSOURCING
GIAF
NIT. 901.677.020-1
AFILIACIONES**

KAREN DAYANA AGUILAR DOMINGUEZ
CC. 1234341128
RECEPCIONISTA

UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF
Anillo Vial Girón Floridablanca Km 4
Parque Industrial Zimura Bodega 15-16
Girón, Santander
PBX 60-7-7008150
utafiliaciones@gmail.com



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CLARA INES DIAZ HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.622.273**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FORMULARIO No.

Número de Radicación

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

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

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos		7. Tipo documento de identidad		8. Número de documento de identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
SIERRA		cc		1106890921		Femenino ☒ Masculino ☐		01/01/1989	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo F N M Condición T P					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingresos base de cotización - IBC			
SURA		Pavenir		1.160.000			

18. Residencia		3107022171		Correo electrónico	
VEREDA AGUILA ALTA		Teléfono celular			
MELGAR		Zona Urbana ☐ Rural ☒		Localidad/Comuna	
Municipio/Distrito				TOLIMA	
				Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

24. Apellidos y nombres completos		25. Tipo de documento de identidad		26. Número de documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
						Femenino ☐ Masculino ☐			

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Tipo		Condición	
						F M T P			

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional	
Municipio/Distrito		(a registrar por la EPS)	

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		Código de la IPS	
UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF		(a registrar por la EPS)	

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación		37. Número del documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador a pensiones	
UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF		NIT		901677020-1		(a registrar por la EPS)	

39. Ubicación		7008150		UTAFILIACIONES@GMAIL.COM		FLORIDABLANCA		SANTANDER	
KM 4+700 METROS VEREDA RIO FRIO		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito		Departamento	

Te entiende. Te atiende

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código		☐ 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.	
☐ 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 condiciones para seguir cotizando.			

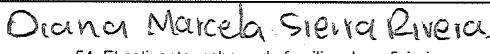
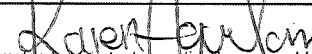
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación <table> <tr> <td>Primer apellido</td> <td>Segundo apellido</td> <td>Primer nombre</td> <td>Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td>Tipo de documento de identidad</td> <td>Número de documento de identidad</td> <td>Sexo Femenino ☐ Masculino ☐</td> <td>Fecha de nacimiento 42. Fecha </td> </tr> </table>		Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento 42. Fecha
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre						
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento 42. Fecha						
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones							

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción. ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.	 UNION TEMPORAL OUTSOURCING CIAF NIT: 901.677.020-1 AFILIACIONES
---	--

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación								
70. Datos del funcionario que realiza la validación <table> <tr> <td>Primer apellido</td> <td>Segundo apellido</td> <td>Primer nombre</td> <td>Segundo nombre</td> </tr> <tr> <td>Tipo documento de identidad</td> <td>Número documento de identidad</td> <td colspan="2">71. Firma del funcionario</td> </tr> </table>						Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre										
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario											

Observaciones:

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

Medellín, 20 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

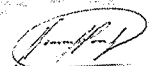
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000140 FUERZA AEREA COMANDO - TOLIMA 2				Clase: 2	Porcentaje Cotización:	1.044 %
C1106890921	SIERRA RIVERA DIANA MARCELA	21/12/2023		f4147Fg ^a	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 20/12/2023 15:06:30.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.204.41.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIANA MARCELA SIERRA RIVERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.890.921**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 16/12/2023, el empleador UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF identificado con NIT 901677020 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
16/12/2023	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4011411427	CEDULA DE CIUDADANIA	1054542083	ERIKA PATRICIA GALLEGO DONATO	\$ 1,160,000.00	Dependiente	16/12/2023

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes diciembre del año 2023

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ERIKA PATRICIA GALLEGO DONATO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.542.083**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 16/12/2023, el empleador UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF identificado con NIT 901677020 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
16/12/2023	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4011411565	CEDULA DE CIUDADANIA	20875811	FANNY PACHECO CHARRY	\$ 1,160,000.00	Dependiente	16/12/2023

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes diciembre del año 2023

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FANNY PACHECO CHARRY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.875.811**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 16/12/2023, el empleador UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF identificado con NIT 901677020 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
16/12/2023	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
4011411581	CEDULA DE CIUDADANIA	14252684	FREDY RODRIGUEZ BADILLO	\$ 1,160,000.00	Dependiente	16/12/2023

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes diciembre del año 2023

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

FREDY RODRIGUEZ BADILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **14.252.684**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

No. de Radicación SAT		Fecha de Radicación	
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 - Cónyuge o cabeza de familia B. Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio	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)	
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 SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL		16. Administradora de pensiones	
17. Ingreso base de cotización - IBC		18. Residencia	
19. Apellidos y nombres 20. Tipo de documento de identidad 21. Número del documento de identidad 22. Sexo 23. Fecha de nacimiento			
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)			
24. Apellidos y nombres 25. Tipo de documento de identidad 26. Número del documento de identidad 27. Sexo 28. Fecha de nacimiento			
29. Parentesco 30. Etnia			
31. Distorsión 32. Datos de residencia 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (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			
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
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. Tipo de Novedad	
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación		42. Fecha de novedad	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
45. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. 46. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. 47. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. 48. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. 49. 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. 50. 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. 51. 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 el presente. 52. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.			
VIII. FIRMAS			
53. Firma del cotizante 54. Firma del beneficiario o afiliado adicional			
IX. ANEXOS			
55. Anexo copia del documento de identidad 56. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. 57. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. 58. 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. 59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. 60. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. 61. 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. 62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. 63. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 64. 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			
65. Identificación de la Entidad Territorial		66. Fecha de validación	
67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación	
69. Datos del funcionario que realiza la validación		70. Observaciones	
71. Firma del funcionario		72. Observaciones	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE MANUEL OTERO MORALES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7538795**, se encuentra afiliado/a desde **04/01/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lee 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 - 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)
--	--	--	--	---	---------------------------------

6. Apellidos y nombres Rios	7. Tipo de documento CC	8. Número del documento de identidad 65824630	9. Sexo Masculino	10. Fecha de nacimiento 09/08/1984
--------------------------------	----------------------------	--	----------------------	---------------------------------------

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SURA	16. Administrador de beneficios
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000	18. Residencia CIT 4 NO. 33-06	19. Zona Urbana	20. Municipio MELGAR	21. Departamento TOLIMA	22. Teléfono fijo o celular 310544188

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 Masculino	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------

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 Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

31. Discapacidad Tipo	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	

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 UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 901677020-1	38. Tipo de aporte o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación KM 4 + 700 M. PARQUE ZIMURA	40. Teléfono 7008150	41. Correo electrónico UTAFILIACIONES@GMAIL.COM	42. Tipo de aporte o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) FLORIDABLANCA SANTANDER

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. Tipo de Novedad	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
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. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	9. Inicio de relación laboral o adquisición de conexiones 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. Modificación A. Régimen Contributivo	14. Traslado A. Nuevo 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

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
42. Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	43. Fecha de nacimiento	44. Fecha de novedad
B1			16/12/2023
B2			
B3			
B4			
B5			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	47. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Excepto o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.	49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a 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.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

54. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	55. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Excepto o de Excepción.
56. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.	57. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
58. 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.	59. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
60. 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.	61. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

62. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	63. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Excepto o de Excepción.
64. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impliquen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.	65. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
66. 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.	67. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
68. 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.	69. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

66. Anexo copia del documento de identidad	67. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
68. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	69. 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.
70. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	71. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
72. 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.	73. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
74. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	75. 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.

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	67. Datos del SISBEN Número de la ficha	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
71. Firma del funcionario	OBSERVACIONES:		



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/12/2023, el empleador UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF identificado con NIT número 901677020 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6521487	20/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	5935632	LUISHENRY RODRIGUEZ MUÑOZ	1160000	ASEADORES DE OFICINAS, HOTELES Y	2023-12-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 20 de December de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

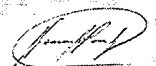
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000140 FUERZA AEREA COMANDO - TOLIMA 2			Clase: 2	Porcentaje Cotización:	1.044 %
C5935632	RODRIGUEZ MUÑOZ LUIS HENRY	21/12/2023		20225247	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 20/12/2023 15:07:01.

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

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

Dirección IP: 181.204.41.130, 192.230.104.3, 172.16.42.57



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/12/2023, el empleador UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF identificado con NIT número 901677020 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6508710	16/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	65824037	LUISAFERNANDA CRUZ PEREZ	1160000	ASEADORES DE OFICINAS, HOTELES Y	2023-12-16

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUISA FERNANDA CRUZ PEREZ identificado(a) con C.C No. 65.824.037, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

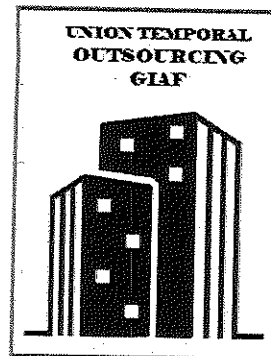
Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 10 de noviembre del 2022.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Gerente de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantias



Floridablanca, 16 de diciembre del 2023.

Señores
EPS SANITAS
Ciudad

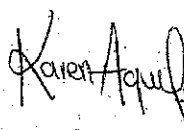
Referencia: Solicitud Radicación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador identificado como **UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF NIT. 901677020-1** para las personas que se detallan a continuación:

N	Tipo Doc. Empleado	No. Doc. Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CC	1106892822	LUISA FERNANDA NAVARRO RIANO	1160000	16-12-2023		CALLE 7ª NO. 10-03	MELGAR/TOL IMA	3214195728	LUISANAVARR00491@GMAIL.COM

Cordialmente,



**UNION TEMPORAL
OUTSOURCING
GIAF
NIT. 901677.020-1
AFILIACIONES**

KAREN DAYANA AGUILAR DOMINGUEZ
CC. 1234341128
RECEPCIONISTA

UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF
Anillo Vial Girón Floridablanca Km 4
Parque Industrial Zimura Bodega 15-16
Girón, Santander
PBX 60-7-7008150
utafiliaciones@gmail.com



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUISA FERNANDA NAVARRO RIAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.892.822**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lee 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 B. Cotizante o cabeza de Familia C. Beneficiario o afiliado adicional 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)
--	--	--	--	---	---------------------------------

6. Apellidos y nombres Gonzalez	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 65822802	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 30/01/1978
---	--	---	--	--

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradores de riesgos laborales - ARL SURA	16. Administradores de pensiones PREVIDENTIA
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000	18. Residencia MZ B casa 20	19. Apellidos y nombres MELGAR			

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

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					
B2					
B3					
B4					
B5					

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

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS C	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

35. Nombre o razón social UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 901677020-1	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación KM 4 + 700 M. PARQUE ZIMURA	7008150	UTAFILIACIONES@GMAIL.COM	FLORIDABLANCA
			SANTANDER

40. Tipo de Novedad	41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. EPS anterior
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 actualización 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	14. Régimen Subsidiado	15. Reporte de traslado	16. Reporte de la calidad de Pensionado	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado	18. Reporte de la calidad de Pensionado

41. Datos básicos de identificación Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. EPS anterior
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

46. Declaración de dependencias 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.	52. Autorización para que la EPS maneje las 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 2151 de 2015.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

54. Firma del cotizante o cabeza de familia Isabel Gonzalez	55. Firma del beneficiario o afiliado adicional Karen Aguirre
---	---

56. Anexo copia del documento de identidad Cantidad: ☐ CC ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CO ☐ SC	Total

57. Copia del documento 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 rescate 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.

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ MANRIQUE MARIA ISABEL** identificado(a) con CC número **65.822.802** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de octubre de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2023121611062

I. DATOS DEL TRÁMITE

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 B. Cotizante o cabeza de Familia C. Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio	4. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cotizante de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	Código (a registrar por la EPS)
--	--	--	---	---	---------------------------------

6. Apellidos y nombres Cienca Medina Mayari	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 2658 6123	9. Sexo Femenino	10. Fecha de nacimiento 03/01/1982
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)				
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SURA
16. Administradora de pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.260.000			
18. Residencia CUI 35 NC. 05-60				
19. Apellidos y nombres Mayari Cienca				
20. Tipo de documento de identidad CC				
21. Número del documento de identidad 2658 6123				
22. Sexo Femenino				
23. Fecha de nacimiento 03/01/1982				
24. Apellidos y nombres Cienca Medina Mayari				
25. Tipo de documento de identidad CC				
26. Número del documento de identidad 2658 6123				
27. Sexo Femenino				
28. Fecha de nacimiento 03/01/1982				
29. Parentesco				
30. Etnia				
31. Discapacidad				
32. Datos de residencia				
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)				

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
24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO				
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
35. Nombre o razón social UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 901677020-1	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación KM 4 + 700 M. PARQUE ZIMURA	7008150	UTAFILIACIONES@GMAIL.COM	FLORIDABLANCA	SANTANDER

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
40. Tipo de Novedad	41. Datos básicos de identificación	42. Tipo de documento de identidad	43. Número del documento de identidad	44. Fecha de nacimiento
45. EPS anterior	46. Motivo de traslado	47. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES				
48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.				
49. Declaración de 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 intervención 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 lo 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. 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 consta la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta 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 consta la calidad de beneficiario o su orden de afiliación de oficio.

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL				
66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Notas
70. Datos del funcionario que realiza la validación				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
71. Firma del funcionario				

OBSERVACIONES:				
72. Firma del funcionario				

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL				
66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Notas
70. Datos del funcionario que realiza la validación				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
71. Firma del funcionario				

OBSERVACIONES:				
72. Firma del funcionario				



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MAYERLY CUENCA MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.586.123**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Fecha de Radicación

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Constante o cabeza de Familia - Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Insuficiente 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)
--	---	--	--	---	---------------------------------

6. Apellidos y nombres	7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento
------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--	-------------------------

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administrador de riesgos laborales - ARL SURA	16. Administrador de pensiones
-----------	--	--------------------	---------------------------------	---	--------------------------------

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	23. Fecha de nacimiento
--------------------------------------	----------------	-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------	----------------	-----------

31. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--	-------------------------	---

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aporte o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
---------------------------	---	--	--

39. Ubicación	40. Tipo de Novedad	41. Datos básicos de identificación	42. EPS anterior
---------------	---------------------	-------------------------------------	------------------

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
------------------	------------------------	--

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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera 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 requieren.	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.
--	--	--	--	--	---	---	---

54. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	55. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	56. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	57. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.	58. 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.	59. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.	60. 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.	61. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	--	--	--	--	---	---	---

62. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	63. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	64. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	65. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.	66. 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.	67. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.	68. 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.	69. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	--	--	--	--	---	---	---

70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario
---	---------------------------

72. Datos del funcionario que realiza la validación	73. Firma del funcionario
---	---------------------------

74. Datos del funcionario que realiza la validación	75. Firma del funcionario
---	---------------------------

76. Datos del funcionario que realiza la validación	77. Firma del funcionario
---	---------------------------



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MAYERLY GOMEZ VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.229.606**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 16/12/2023, el empleador UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF identificado con NIT número 901677020 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6508954	16/12/2023	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	245473	PABLO PAEZ CAÑON	1160000	ASEADORES DE OFICINAS, HOTELES Y	2023-12-16

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Diciembre del año 2023.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PAEZ CAÑON PABLO** identificado(a) con **CC** número **245.473** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 17 de junio de 2000 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de diciembre de 2023.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2023121612062

No. de Radicación SAT		Fecha de Radicación	
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. Subsidio ☐		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)	
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres Granados Ome		7. Tipo de documento de identidad ☒ CC 40076756	
8. Número del documento de identidad		9. Sexo ☒ Femenino ☐ Masculino	
10. Fecha de nacimiento 22/04/1979		11. Etnia	
12. Discapacidad ☐ Tipo ☐ Condición ☐		13. Puntaje SISBEN 1.160.000	
14. Grupo de población espacial SURA		15. Administradora de riesgos laborales - ARL BONVENIR	
16. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000		17. Residencia M C apartamento 53	
18. Correo electrónico milena@hotmail.com		19. Municipio MELGAR	
20. Zona Urbana ☐ Rural ☐		21. Teléfono 3212525068	
III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)			
22. Tipo de documento de identidad		23. Número del documento de identidad	
24. Apellidos y nombres		25. Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	
26. Fecha de nacimiento		27. Tipo de documento de identidad	
28. Número del documento de identidad		29. Parentesco	
30. Etnia		31. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
32. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS UNION TEMPORAL OUTSOURCING CIAF		33. Tipo de documento de identificación NIT	
34. Número del documento de identificación 901677020-1		35. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
36. Ubicación KM 4 + 700 M PARQUE ZIMURA		37. Teléfono 7008150	
38. Correo electrónico UTAFILIACIONES@GMAIL.COM		39. Municipio FLORIDABLANCA	
40. Departamento SANTANDER		41. Valor de la UPC del afiliado adicional (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			
42. Tipo de Novedad		43. EPS anterior	
44. Motivo de traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
46. Tipo de documento de identidad		47. Fecha de nacimiento	
48. Número del documento de identidad		49. Fecha de radicación	
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.			
51. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.			
52. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.			
53. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.			
54. 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.			
55. Autorización para que la EPS maneje la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados y a las entidades públicas 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 2010.			
56. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.			
VIII. FIRMAS			
Rosa Milena Granados Ome		Kaleth Aguilar	
IX. ANEXOS			
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 acta 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 acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.		X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL	
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio ☐ Código del departamento ☐		67. Datos del SISBEN Número de la fecha ☐ Puntaje ☐ Nivel ☐	
68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido ☐ Segundo Apellido ☐ Primer Nombre ☐ Segundo Nombre ☐		71. Firma del funcionario	
72. Tipo de documento de identidad			
73. Número del documento de identidad			
74. OBSERVACIONES:			
75. Vigencia Superintendencia			

**UNION TEMPORAL
OUTSOURCING
CIAF
NIT: 901.677.020-1
AFILIACIONES**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ROSA MILENA GRANADOS OME, identificado(a) con cédula de ciudadanía **40.076.756**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

No. de Radicación SAT		Fecha de Radicación	
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. Beneficiario o afiliado adicional	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio C. De oficio	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)	
6. Apellidos y nombres: García Zamora Rosabel			
7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento
11. Etnia		12. Discapacidad	
13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de riesgos laborales - ARL		16. Administradora de pensiones	
17. Ingreso base de cotización - IBC		18. Residencia	
19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad	
21. Número del documento de identidad		22. Sexo	
23. Fecha de nacimiento		24. Apellidos y nombres	
25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad	
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
29. Parentesco		30. Etnia	
31. Discapacidad		32. Datos de residencia	
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	
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	
39. Ubicación		40. Tipo de Novedad	
41. Datos básicos de identificación		42. Fecha de novedad	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado	
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		46. Declaración de dependencias económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	
47. Declaración de no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción		48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	
49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud		50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas o privadas que se encuentren autorizadas para realizar afiliaciones colectivas		52. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		54. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
55. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		56. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
57. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		58. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
59. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		60. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
61. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		62. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
63. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		64. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
65. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		66. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
67. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		68. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
69. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		70. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
71. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		72. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
73. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		74. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
75. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
77. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		78. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
79. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		80. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
81. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		82. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
83. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		84. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
85. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		86. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
87. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		88. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
89. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		90. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
91. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		92. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
93. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		94. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
95. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		96. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
97. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		98. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	
99. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto		100. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto	

**UNION TEMPORAL
OUTSOURCING
CIAF**
NIT: 901.677.020-1
AFILIACIONES

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ROSABEL GARCIA ZAMORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.845.739**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 18 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

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 B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidio	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)
--	--	--	--	---	---------------------------------

6. Apellidos y nombres Sánchez	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 89995582	9. Sexo Masculino	10. Fecha de nacimiento 05/10/1979
-----------------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SURA	16. Administradora de pensiones DAVENII
17. Ingreso base de cotización - IBC 1.160.000	18. Residencia Manzanilla casa 05	19. Zona Urbana	20. Localidad y Correo TOLIMA	21. Correo electrónico quiche-69@hotmail.com	22. Teléfono fijo o celular 3202162654

23. Tipo de documento de identidad	24. Número del documento de identidad	25. Sexo Masculino	26. Fecha de nacimiento
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------

27. Apellidos y nombres	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo Masculino	31. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------

32. Tipo de documento de identidad	33. Número del documento de identidad	34. Sexo Masculino	35. Fecha de nacimiento	36. Parentesco	37. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------

38. Tipo de documento de identidad	39. Número del documento de identidad	40. Sexo Masculino	41. Fecha de nacimiento	42. Parentesco	43. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------

44. Tipo de documento de identidad	45. Número del documento de identidad	46. Sexo Masculino	47. Fecha de nacimiento	48. Parentesco	49. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------

50. Tipo de documento de identidad	51. Número del documento de identidad	52. Sexo Masculino	53. Fecha de nacimiento	54. Parentesco	55. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------

56. Tipo de documento de identidad	57. Número del documento de identidad	58. Sexo Masculino	59. Fecha de nacimiento	60. Parentesco	61. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------

62. Tipo de documento de identidad	63. Número del documento de identidad	64. Sexo Masculino	65. Fecha de nacimiento	66. Parentesco	67. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------

68. Tipo de documento de identidad	69. Número del documento de identidad	70. Sexo Masculino	71. Fecha de nacimiento	72. Parentesco	73. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------

74. Tipo de documento de identidad	75. Número del documento de identidad	76. Sexo Masculino	77. Fecha de nacimiento	78. Parentesco	79. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------

80. Tipo de documento de identidad	81. Número del documento de identidad	82. Sexo Masculino	83. Fecha de nacimiento	84. Parentesco	85. Etnia
------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------	----------------	-----------



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YAZMIN SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.995.582**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

	LISTA DE CHEQUEO PARA LEGALIZACION DE PAGO A CONTRATISTAS
	PROCESO GESTION ADMINISTRATIVA

- 1. OBJETIVO:** Unificar la lista de documentos para dar inicio al trámite de pago a contratistas proveedores de bienes y servicios.
- 2. ALCANCE:** De verificación obligatoria por parte del personal de supervisores de contratos desde el inicio del trámite hasta la causación de la obligación.
- 3. DEFINICIONES:** Obligatorio en términos de seguimiento oportuno a trámite de pagos según los requerimientos implementados por el Proceso de Gestión Administrativa de la Fuerza Aérea Colombiana.
- 4. ACTIVIDADES:** Aplicar la lista de chequeo antes de la entrega de los soportes de pago al Departamento de Contrato y durante el trámite hasta el perfeccionamiento del mismo.

**LISTA DE CHEQUEO PARA SUPERVISORES DE CONTRATO
TRAMITE DE PAGO**

No.	NOMBRE DOCUMENTO O SOPORTE	CUMPLIMIENTO CRITERIO
1	Solicitud de los números de material y activos fijos al Almacén Misceláneos de la Unidad (Aplica para suministro de materiales, insumos, dispositivos o activos fijos) (Solicitar con aproximadamente 15 días de anticipación al recibo de los bienes) (Responsable: Supervisor)	N/A
2	Documento soporte donde se evidencie la entrega de los número de material entregados al DECON. Es necesario contar con los números de material y activos fijos para tramitar el pedido en SAP . (Responsable: Supervisor)	N/A
3	Elaboración Solicitud de Pedido Aquí el supervisor deberá hacer seguimiento de que la persona encargada del Módulo Compras SAP en el DECON (Magnolia Franco), realice las transacciones en SAP (Solicitud de pedido, petición de oferta y contrato marco) y envíe al almacén el número de pedido.	N/A
4	Entrada al Almacén-SAP: Una vez recibidos los bienes y cumplidos los pasos 1 y 2, el Almacenista deberá elaborar la entrada al Almacén cuando el supervisor entregue los bienes conforme al contrato. La entrada del almacén debe tener como fecha máxima el plazo de ejecución del Contrato.(Responsable: Supervisor-Almacenista)	N/A
5	Acta de recibo a satisfacción diligenciada, con fecha acorde a los soportes (facturas y entrada de bienes al almacén, para el caso de los activos fijos y bienes). El acta de recibo a satisfacción debe tener como fecha máxima el plazo de ejecución del Contrato. (Responsable: Supervisor)	X
6	Factura o cuenta de cobro del bien o servicio según en caso. Para el caso de la Factura, se debe exigir factura electrónica. -Verificar que la fecha máxima de la factura sea el plazo de ejecución o corte establecido en el contrato. -La fecha de la factura no puede ser posterior a la fecha del acta de recibo a satisfacción y tampoco posterior a la entrada al almacén.	X

	LISTA DE CHEQUEO PARA LEGALIZACION DE PAGO A CONTRATISTAS
	PROCESO GESTION ADMINISTRATIVA

	-Ver que la factura este a nombre del CACOM-4 NIT 800.141.632-1. -Verificar que los valores cobrados en la factura sean iguales a los valores pactados en el contrato. -Verificar que la sumatoria de los valores unitarios de la factura, corresponda al total que se registra en la factura y este acorde con el acta de recibo a satisfacción. (Si es posible solicitar al contratista avanzada para revisión) -Aprobar la Factura en el página Olimpia IT	
7	Certificación de pago de aportes seguridad social, -Para las empresas que estén obligadas a tener revisor fiscal, dicha certificación debe ser suscrita por el revisor. -Para las empresas que NO están obligadas a tener revisor fiscal, la certificación deberá estar suscrita por el representante Legal. -Documento Actualizado al mes del trámite de pago.	X
8	Planilla de pago parafiscales -Se debe aportar el soporte de pago de planilla parafiscales de acuerdo al plazo establecido en calendario de pagos parafiscales para cada empresa. -Actualizada al mes del trámite de pago.	X
9	Formato de imputación de bienes y servicios por rubro presupuestal GA-JEADA-FR-132 del 21-05-2021 o el que este vigente según actualización en SUIT VISION. Aquí se debe verificar que la descripción del bien y el valor de la apropiación por rubro este acorde con el contrato y con lo facturado. Finalmente que este debidamente firmado por el supervisor firma y postfirma. (Responsable: Supervisor)	X
10	Enviar al Departamento de Contratos el paquete de los documentos debidamente digitalizados en pdf de acuerdo a de la lista de chequeo (Numeral 4 al 9). Aquí el supervisor deberá hacer seguimiento de que la persona encargada del Modulo Compras SAP en el DECON (Magnolia Franco) reciba la respectiva documentación.	X
11	Verificar que el DECON elabore y envíe la cuenta por pagar SIIF y certificación de pago al DEFIN para pago a través del SIIF.	
12	Verificar que el DEFIN trámite en SIIF la cuenta por pagar y genere la obligación de pago del bien o servicio.	
13	Confirmar con el contratista el pago de la o las facturas.	



Melgar – Comando Aéreo de Combate No 4
Fuerza Aérea Colombiana
N.I.T. 800141632
ORDEN DE COMPRA

UNIÓN TEMPORAL OUTSOURCING GIAF

N.I.T. 901677020

KM 4 PAR INDUSTRIAL ZIMURA BODEGA 16 ANILLO

VIAL GIRON

FLORIDABLANCA,

Atte: YENI MARCELA BARAJAS

ut.outsourcingiaf@gmail.com

Número de Orden **121504**

No de Instrumento

Instrumento agregación **Aseo y Cafetería IV**

Fecha de Emisión **01/12/23**

Fecha de Vencimiento **07/09/24**

Comprador **Johanna Lucia Zapata Roa**

Ordenador del gasto **valida ítems**

Supervisor **Supervisor Principal-MY. JORGE LUIS ROSERO**

MUÑOZ y ST. TOLOSA GARZÓN JULIÁN FELIPE

Teléfono **3209638991 / 3138723770**

Detalle de Entrega

Gravámenes adicionales **Los servicios a adquirir no tienen gravámenes adicionales a los impuestos Nacionales. Solo las retenciones de Ley, como es: Retención en la fuente RENTA, IVA e ICA.**

Justificación **SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA EL**

CACOM-4

Enviar a

Melgar – Comando Aéreo de Combate No 4 Fuerza Aérea Colombiana
 KM 1 VIA MELGAR - BOGOTA
 BASE AEREA TC. LUIS F. PINTO
 MELGAR MELGAR
 Atte: YERIM ANDRES ROZO
 CEBERA

Facturar a

Melgar – Comando Aéreo de Combate No 4 Fuerza Aérea Colombiana
 KM 1 VIA MELGAR - BOGOTA
 BASE AEREA TC. LUIS F. PINTO
 MELGAR, MELGAR
 Atte: Johanna Lucia Zapata Roa
 Cuenta: #99100007473

Línea	Presupuesto	Descripción	Cant.	Unidad	Precio	Total
1	CDP 14523	ays04--R7 - Operario de aseo y cafetería Tiempo Completo - 10	9.0	Mes	22.002.930,00	198.026.370,00
	VF 8223					
2	CDP 14523	ays04--R7 - Operario de aseo y cafetería Tiempo Completo - 4	9.0	Mes	8.801.172,00	79.210.548,00
	VF 8223					
3	CDP 14523	ays04--R7 - Jardinero capacitado para trabajo en alturas Tiempo Completo - 1	9.0	Mes	2.200.293,00	19.802.637,00
	VF 8223					
4	CDP 14523	ays04--R7 - Jardinero Tiempo Completo - 5	9.0	Mes	11.001.465,00	99.013.185,00
	VF 8223					
5	CDP 14523	ays04--R7 - Jabón para loza 1 (Compra) - 30	9.0	Unidad	228.892,50	2.060.032,50
	VF 8223					
6	CDP 14523	ays04--R7 - Líquido desengrasante (Compra) - 30	9.0	Unidad	169.672,50	1.527.052,50
	VF 8223					
7	CDP 14523	ays04--R7 - Detergente multiusos en polvo (Compra) - 40	9.0	Unidad	124.560,00	1.121.040,00
	VF 8223					
8	CDP 14523	ays04--R7 - Pastilla desinfectante para sanitario (Compra) - 20	9.0	Unidad	50.655,00	455.895,00
	VF 8223					
9	CDP 14523	ays04--R7 - Líquido para limpiar vidrios 1 (Compra) - 3	9.0	Unidad	11.016,00	99.144,00
	VF 8223					
10	CDP 14523	ays04--R7 - Blanqueador o hipoclorito 1 (Compra) - 50	9.0	Unidad	190.050,00	1.710.450,00
	VF 8223					
11	CDP 14523	ays04--R7 - Cera polimérica (Compra) - 5	9.0	Unidad	72.761,25	654.851,25
	VF 8223					
12	CDP 14523	ays04--R7 - Sellante para pisos (Compra) - 10	9.0	Unidad	252.817,50	2.275.357,50
	VF 8223					
13	CDP 14523	ays04--R7 - Removedor de cera (Compra) - 30	9.0	Unidad	171.360,00	1.542.240,00
	VF 8223					
14	CDP 14523	ays04--R7 - Varsol ecológico 2 (Compra) - 8	9.0	Unidad	98.286,00	884.574,00
	VF 8223					
15	CDP 14523	ays04--R7 - Ambientador 1 (Compra) - 30	9.0	Unidad	136.417,50	1.227.757,50
	VF 8223					
16	CDP 14523	ays04--R7 - Limpiones 5 (Compra) - 20	9.0	Unidad	20.144,00	181.296,00
	VF 8223					
17	CDP 14523	ays04--R7 - Esponjilla 1 (Compra) - 15	9.0	Unidad	7.836,00	70.524,00
	VF 8223					
18	CDP 14523	ays04--R7 - Esponjilla 4 (Compra) - 30	9.0	Unidad	5.520,00	49.680,00
	VF 8223					
19	CDP 14523	ays04--R7 - Esponjilla 5 (Compra) - 10	9.0	Unidad	1.600,00	14.400,00
	VF 8223					
20	CDP 14523	ays04--R7 - Escoba 1 (Compra) - 10	9.0	Unidad	15.840,00	142.560,00
	VF 8223					
21	CDP 14523	ays04--R7 - Escoba 2 (Compra) - 10	9.0	Unidad	15.840,00	142.560,00
	VF 8223					
22	CDP 14523	ays04--R7 - Trapero 3 (Compra) - 30	9.0	Unidad	134.370,00	1.209.330,00
	VF 8223					

Línea	Presupuesto	Descripción	Cant.	Unidad	Precio	Total
23	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Cepillo para sanitario (churrusco) (Compra) - 5	9.0	Unidad	10.544,00	94.896,00
24	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Bolsas plásticas 1 (Compra) - 40	9.0	Unidad	19.232,00	173.088,00
25	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Bolsas plásticas 8 (Compra) - 40	9.0	Unidad	39.104,00	351.936,00
26	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Bolsas plásticas 15 (Compra) - 40	9.0	Unidad	42.090,00	378.810,00
27	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Bolsas plásticas 21 (Compra) - 40	9.0	Unidad	52.950,00	476.550,00
28	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Bolsas plásticas 22 (Compra) - 40	9.0	Unidad	83.880,00	754.920,00
29	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Guantes 2 (Compra) - 8	9.0	Unidad	19.833,60	178.502,40
30	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Guantes 6 (Compra) - 2	9.0	Unidad	34.030,40	306.273,60
31	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Papel higiénico 1 (Compra) - 120	9.0	Unidad	104.850,00	943.650,00
32	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Toallas para manos 6 (Compra) - 30	9.0	Unidad	122.670,00	1.104.030,00
33	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Combustible para Cortadora de césped	9.0	Unidad	1.368.720,00	12.318.480,00
34	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Balde (Compra) - 8	9.0	Unidad	21.216,00	190.944,00
35	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Mangueras 3 (Compra) - 4	9.0	Unidad	25.731,20	231.580,80
36	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Extensión eléctrica 2 (Compra) - 2	9.0	Unidad	18.054,40	162.489,60
37	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Sopladora de hojas (Arrendamiento) - 1	9.0	Unidad	13.939,20	125.452,80
38	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Cortadora de cesped (Arrendamiento) - 1	9.0	Unidad	25.663,20	230.968,80
39	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - Guadañas (Arrendamiento) - 3	9.0	Unidad	57.919,50	521.275,50
40	CDP 14523	ays04--R7 - Recargo por Trabajo nocturno	1.0	Unidad	0,00	0,00
41	CDP 14523	ays04--R7 - Recargo por dotación especial	1.0	Unidad	0,00	0,00
42	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - AIU	1.0	Unidad	42.996.533,18	42.996.533,18
43	CDP 14523 VF 8223	ays04--R7 - IVA	1.0	Unidad	8.169.341,30	8.169.341,30

481.131.206,23 COP



Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHlloaiza Luz Dary Loaiza Osuna
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4
Fecha y Hora Sistema: 2023-12-05-8:32 a. m.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL										
El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"										
Numero:	14523	Fecha Registro:	2023-07-17	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4					
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Con Compromiso	Tipo:	Gasto	Uso Caja Menor	Ninguno			
Valor Inicial:	45.900.000,00	Valor Total Operaciones:	-8.855.162,86	Valor Actual.:	37.044.837,14	Saldo x Comprometer:	0,00	Vr. Bloqueado	0,00	
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS					
Número:	15323	Fecha Registro:	2023-07-17	Número:		Modalidad de contratación:		Tipo de contrato:		
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO										
DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
006 COMANDO AEREO DE COMBATE No.4	A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE	Nación	10	CSF	2023-12-05	35.900.000,00	-8.855.162,86			
					Total:	35.900.000,00	-8.855.162,86	27.044.837,14	0,00	0,00
006 COMANDO AEREO DE COMBATE No.4	A-02-02-02-008-005 SERVICIOS DE SOPORTE	Nación	16	SSF	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
					Total:	10.000.000,00	0,00	10.000.000,00	0,00	0,00
Objeto:	SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA EL CACOM 4									

JENNIFER VIVIANA
MEJIA ROJAS

Firmado digitalmente por
JENNIFER VIVIANA MEJIA ROJAS
Fecha: 2023.12.05 08:39:59 -05'00'

MY. JENNIFER VIVIANA MEJIA ROJAS
JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO



Reporte Compromiso de vigencias futuras Comprobante

Usuario Solicitante:

MHilloaiza

Luz Dary Loaiza Osuna

Unidad ó Subunidad

15-01-05-006

FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No.

Ejecutora Solicitante:

Fecha y Hora Sistema:

2023-12-04-10:44 a. m.

COMPROMISO DE VIGENCIA FUTURA									
Consecutivo de Compromiso:	923	Fecha Compromiso:	2023-12-04			Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4		
No. Autorización:	6923	No Asig. Autorización:	8223			Estado	Generado		
Tipo de Vigencia Futura:	Ordinaria		Aval Fiscal:	NO		Tipo de Moneda:	Pesos		
Valor inicial:	444.086.369,09	Valor Operaciones:	0,00			Valor Actual:	444.086.369,09		
TERCERO									
Identificación:	901677020		Razon Social:	UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF					
MEDIO DE PAGO									
Identificación:	Títulos		Cta. Bancaria Núm:			Cta. Bancaria Nombre:			
Razón Social:			Identificación			Tipo de Cuenta:			
DATOS ADMINISTRATIVOS									
Fecha del Documento:	04/12/2023 0:00:00		Tipo de Documento:	ORDEN DE COMPRA		Documento Soporte:	121504		
OBJETO DEL CONTRATO									
SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA EL CACOM 4 .EJECUCION 07 SEPTIEMBRE 2024.AUTORIZACION VF FAC-S-2023-076485-CI DE FECHA 26 ABRIL DE 2023									
CONTRATOS									
CONTRATACION									
Razón Social:			Modalidad de Contratación:			Tipo de Contrato:			
ORDENADOR DEL GASTO									
Identificación:	80020893		Nombre:	YERIM ANDRES ROZO CEPEDA		Cargo:	SEGUNDO COMANDANTE Y JEFE DE ESTADO MAYOR DEL COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4		
VIGENCIAS FUTURAS									
Posición del Catálogo de Gastos									
Identificación	Descripción	Fuente	Recurso	Situac.	Año	Fecha Operacion	Valor inicial	Valor Operaciones	Valor actual
A-02	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Nación	FONDOS ESPECIALES	SSF	2024		60.000.000,00	0,00	60.000.000,00
A-02	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Nación	RECURSOS CORRIENTES	CSF	2024		384.086.369,09	0,00	384.086.369,09

JENNIFER VIVIANA MEJIA ROJAS

Firmado digitalmente por

JENNIFER VIVIANA MEJIA ROJAS

Fecha: 2023.12.04 11:39:30

-05'00'

MY. JENNIFER VIVIANA MEJIA ROJAS

JEFE DEPARTAMENTO FINANCIERO

Bucaramanga, 27 de Noviembre de 2023

HACEMOS CONSTAR:

Cordial saludo

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que nuestro cliente **GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS GIAF SAS** con Nit 901637502 a la fecha de expedición de esta certificación tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	291-000069-37	2022/11/16	ACTIVA

El manejo de este producto es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Atentamente,

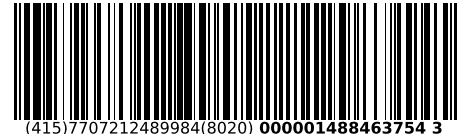


Maria Fernanda Riocampos M.
Asesora Comercial de Relación Empresarial
Bancolombia S.A

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

14884637543



(415)7707212489984(8020) 000001488463754 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 0 1 6 3 7 5 0 2

9

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona jurídica

25. Tipo de documento

1

26. Número de Identificación

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

28. País

29. Departamento

30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

34. Otros nombres

35. Razón social

GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS

36. Nombre comercial

37. Sigla

GIAF SAS

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

Floridablanca

2 7 6

41. Dirección principal

CARRERA 21A # 35 - 94

42. Correo electrónico

GERENCIA@SEASINLIMITADA.COM

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 8 7 5 6 6 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 1 2 1

2 0 2 2 0 9 1 9

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

8 1 2 9

2 0 2 2 0 9 1 9

Otras actividades

50. Código

1

2

8 1 1 0

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	7	1	4	4	2	4	8	5	2															

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

07- Retención en la fuente a título de renta

14- Informante de exógena

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022 - 12 - 22 / 16 : 36: 16

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

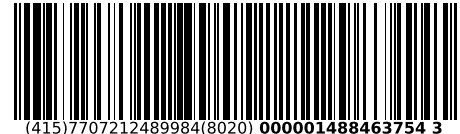
984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14884637543



(415)7707212489984(8020) 000001488463754 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

9 0 1 6 3 7 5 0 2

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

2

63. Formas asociativas

1 2

65. Fondos

66. Cooperativas

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
67. Sociedades y organismos extranjeros

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 2 2 0 9 2 0

74. Número de notaría

75. Entidad de registro

0 3

76. Fecha de registro

2 0 2 2 0 9 2 7

77. No. Matrícula mercantil

0 0 0 0 6 3 0 5 0 3

78. Departamento

6 8

79. Ciudad/Municipio

0 0 1

82. Nacional

1 0 0 %

83. Nacional público

0 . 0 %

84. Nacional privado

1 0 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

Cámara de Comercio

3 2

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

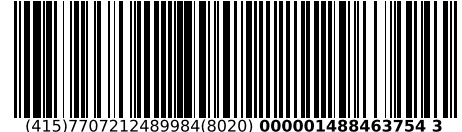
172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14884637543



(415)7707212489984(8020) 000001488463754 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 0 1 6 3 7 5 0 2	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4

Representación

1	98. Representación REPRS LEGAL PRIN		99. Fecha inicio ejercicio representación 1 8		2 0 2 2 0 9 2 0	
	100. Tipo de documento Cédula de Ciudadaní	101. Número de identificación 1 3	102. DV		103. Número de tarjeta profesional	
	104. Primer apellido RUGE	105. Segundo apellido	106. Primer nombre MAURICIO		107. Otros nombres	
	108. Número de Identificación Tributaria (NIT)	109. DV	110. Razón social representante legal			
2	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			
3	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			
4	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			
5	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			

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 4200326965

CONTRATO: 4600226509



PROVEEDOR DE SERVICIOS		UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF			FECHA RECIBO DEL SERVICIO		29.12.2023	
UNIDAD RECEPTORA		5004 CACOM 4						
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 4200326965, contrato interno 4600226509 de fecha 28.12.2023 respectivamente.								
ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	4200326965	00030	1002011388	SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA ELCACOM-4				11.509.439,03
VALOR TOTAL SERVICIOS							COP	11.509.439,03

OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA#ORDEN DE COMPRA 121504#SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA ELCACOM-4 PRIMER PAGO PARCIAL
CR YERIM ANDRES ROZOZ CEPEDA
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-4

FIRMAS

CR YERIM ANDRES ROZOZ CEPEDA
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-4

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 4200326965

CONTRATO: 4600226509



PROVEEDOR DE SERVICIOS		UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF			FECHA RECIBO DEL SERVICIO		29.12.2023	
UNIDAD RECEPTORA		5004 CACOM 4						
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 4200326965, contrato interno 4600226509 de fecha 28.12.2023 respectivamente.								
ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	4200326965	00020	1002011383	SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA ELCACOM-4				10.000.000,00
VALOR TOTAL SERVICIOS							COP	10.000.000,00

OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA#ORDEN DE COMPRA 121504#SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA ELCACOM-4 PRIMER PAGO PARCIAL
CR YERIM ANDRES ROZOZ CEPEDA
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-4

FIRMAS

CR YERIM ANDRES ROZOZ CEPEDA
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-4

ENTRADA RECEPCIÓN DE SERVICIO

PEDIDO: 4200326965

CONTRATO: 4600226509



PROVEEDOR DE SERVICIOS		UNION TEMPORAL OUTSOURCING GIAF			FECHA RECIBO DEL SERVICIO		29.12.2023	
UNIDAD RECEPTORA		5004 CACOM 4						
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 4200326965, contrato interno 4600226509 de fecha 28.12.2023 respectivamente.								
ID	PEDIDO	POS	NUMERO HOJA DE ENTRADA.	DESCRIPCIÓN SERVICIO	COND	P/N	SERIE	VALOR
1	4200326965	00010	1002011375	SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA ELCACOM-4				15.535.398,11
VALOR TOTAL SERVICIOS							COP	15.535.398,11

OBSERVACIONES

ORDEN DE COMPRA#ORDEN DE COMPRA 121504#SERVICIO INTEGRAL DE ASEO PARA ELCACOM-4 PRIMER PAGO PARCIAL
CR YERIM ANDRES ROZOZ CEPEDA
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-4

FIRMAS

CR YERIM ANDRES ROZOZ CEPEDA
ORDENADOR DEL GASTO CACOM-4



Cuenta por pagar Comprobante

Usuario Solicitante:

MHmfrancoh

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:

15-01-05-006

Fecha y Hora Sistema:

2023-12-29-8:53 a. m.

Magnolia Franco Herrera

FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4

Cuentas por pagar							
Número:	417223	Fecha Registro:	2023-12-29	Unidad / Subunidad Ejecutora:	15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4		
Estado:	Radicada	Tipo de Cuenta x Pagar:	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	Nro. Compromiso:	411123	Nro. Cdp:	14523
Caja Menor-Identif.:		Caja Menor-Fecha Registro:		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Antes del Iva:	27.044.837,14	Valor Iva:	0,00	Valor Total:	27.044.837,14	Valor Total Moneda Original:	0,00
Tercero							
Identificación:	901637502	Razón Social:	GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS				

Documentos soporte-datos administrativos			
Número:	FE 1114	Tipo	FACTURA
		Fecha:	2023-12-29

Documentos soporte recibidos	
CODIGO	DESCRIPCION
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
17	FACTURA

Objeto.:

ORDEN DE COMPRA ORDEN DE COMPRA 121504 PRIMER PAGO

MAGNOLIA FRANCO
HERRERA

Firmado digitalmente por MAGNOLIA
FRANCO HERRERA

Fecha: 2023.12.29 14:56:14 -05'00'

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)



Cuenta por pagar Comprobante

Usuario Solicitante:

MHmfrancoh

Magnolia Franco Herrera

Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante:

15-01-05-006

FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4

Fecha y Hora Sistema:

2023-12-29-3:02 p. m.

Cuentas por pagar							
Número:	417723	Fecha Registro:	2023-12-29	Unidad / Subunidad Ejecutora:	15-01-05-006 FAC COMANDO AEREO DE COMBATE No. 4		
Estado:	Radicada	Tipo de Cuenta x Pagar:	Adquisicion de Servicios a Personas Declarantes	Nro. Compromiso:	411123	Nro. Cdp:	14523
Caja Menor-Identif.:		Caja Menor-Fecha Registro:		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Antes del Iva:	10.000.000,00	Valor Iva:	0,00	Valor Total:	10.000.000,00	Valor Total Moneda Original:	0,00
Tercero							
Identificación:	901637502	Razón Social:	GESTION INTEGRAL DE ACTIVOS FIJOS - GIAF SAS				

Documentos soporte-datos administrativos			
Número:	FE 1114	Tipo	FACTURA
		Fecha:	2023-12-29

Documentos soporte recibidos	
CODIGO	DESCRIPCION
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
17	FACTURA

Objeto.:

ORDEN DE COMPRA ORDEN DE COMPRA 121504 PRIMER PAGO

MAGNOLIA FRANCO HERRERA

Firmado digitalmente por MAGNOLIA FRANCO HERRERA

Fecha: 2023.12.29 15:05:20 -05'00'

FIRMA(S) RESPONSABLE(S)