

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	GA-JEAD-FR-092
	FORMATO CERTIFICACIÓN PARA PAGO	Versión N°:	1
		Vigencia:	28-08-2018

CERTIFICACION N° 386

FECHA: 31 de Diciembre de 2018

EL SUSCRITO **CR. DARIO FERNANDO MONTOYA BONILLA** ORDENADOR DEL GASTO DE **ESUFA** NOMBRADO MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 194 DEL 07 DE MARZO DE 2018 y RESOLUCIÓN MINISTERIAL N°4519 DEL 27 DE MAYO DE 2016, CERTIFICA QUE LOS DOCUMENTOS AQUÍ RELACIONADOS Y ANEXOS, CUMPLEN CON TODOS LOS REQUISITOS PARA EL **PAGO PARCIAL** SEGÚN LO ESTIPULADO EN LAS CLAUSULAS DEL CONTRATO QUE SE RELACIONA A CONTINUACION:

CONTRATO No.: 072-00-K-ESUFA-GRUAL-2018
PROVEEDOR: CLEANER S.A.
VALOR TOTAL: \$54.670.245,46
VALOR A PAGAR: \$8.578.855,61
MES DE PAGO: CXP 1ER TRIMESTRE DE 2019

TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTOS	N° FOLIOS
ORIGINAL	Certificación para pago Formato GA-FR-88	1
ORIGINAL	Factura No. 4284	1
COPIA	Recibo a Satisfacción	3
COPIA	Planilla Parafiscales	15
COPIA	RUT Certificación bancaria Pantallazo consulta cuenta bancaria activa Resolución de facturación Pedido SAP 4500312585 Entrada SAP 5002024654 CXP 133718 NOTA: Proceso de contratación se llevó a cabo a través de la Tienda Virtual del Estado Colombiano con la herramienta denominada Acuerdos Marco de precio. Orden de compra No. 33839	5
TOTAL FOLIOS		25

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMAN


CR. DARIO FERNANDO MONTOYA BONILLA
ORDENADOR DEL GASTO

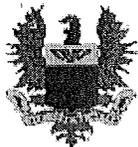

AS10. MAGDALENA PIZO SOBA
 FUNCIONARIO ENCARGADO DEPTO O SECCION CONTRATUAL ENCARGADA


 31-12-018

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	01
		Vigencia:	20-09-18

ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS PARCIAL	FECHA 31/12/2018															
CONTRATO N°	072-00-K-ESUFA-GRUAL-2018															
FECHA SUSCRIPCIÓN	30-11-2018															
OBJETO DEL CONTRATO	LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ASEO INTEGRAL, MANTENIMIENTO DE JARDINES Y ZONAS VERDES, A TODO COSTO, QUE INCLUYE INSUMOS BÁSICOS DE ASEO, LIMPIEZA Y PODA, PARA LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES "CT. ANDRÉS M. DIAZ".															
FORMA DE PAGO	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">PAC</th> <th style="text-align: center;">VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cuentas por pagar primer trimestre 2019</td> <td style="text-align: right;">\$8.578.855,61</td> </tr> <tr> <td>PAC Febrero 2019</td> <td style="text-align: right;">\$9.111.707,57</td> </tr> <tr> <td>PAC Marzo 2019</td> <td style="text-align: right;">\$9.111.707,57</td> </tr> <tr> <td>PAC Abril 2019</td> <td style="text-align: right;">\$9.111.707,57</td> </tr> <tr> <td>PAC Mayo 2019</td> <td style="text-align: right;">\$9.111.707,57</td> </tr> <tr> <td>PAC Junio 2019</td> <td style="text-align: right;">\$9.644.559,57</td> </tr> </tbody> </table>		PAC	VALOR	Cuentas por pagar primer trimestre 2019	\$8.578.855,61	PAC Febrero 2019	\$9.111.707,57	PAC Marzo 2019	\$9.111.707,57	PAC Abril 2019	\$9.111.707,57	PAC Mayo 2019	\$9.111.707,57	PAC Junio 2019	\$9.644.559,57
PAC	VALOR															
Cuentas por pagar primer trimestre 2019	\$8.578.855,61															
PAC Febrero 2019	\$9.111.707,57															
PAC Marzo 2019	\$9.111.707,57															
PAC Abril 2019	\$9.111.707,57															
PAC Mayo 2019	\$9.111.707,57															
PAC Junio 2019	\$9.644.559,57															
CONTRATISTA	CLEANER S.A															
INTERVENTOR	N/A															
SUPERVISOR PRINCIPAL	TS. PATRICIA RONCANCIO IGUA															
SUPERVISOR SUPLENTE	T4. OLAYA MERCHAN GONZALO															
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$54.670.245,46															
PLAZO DE EJECUCION (DE ENTREGA)	03-12-2018 AL 31-05-2019															
FECHA DE INICIO	03-12-2018															
FECHA DE SUSPENSIÓN	N/A															
FECHA DE REINICIACIÓN	N/A															
CONTRATO MODIFICATORIO N° 1																
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	NO APLICA															
OBJETO DEL CONTRATO	NO APLICA															
FORMA DE PAGO	NO APLICA															
PLAZO DE ENTREGA	NO APLICA															
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$54.670.245,46															
<p>En Madrid, Cundinamarca, el día 31 del mes de Diciembre de 2018, se reunieron el señor Coronel DARIO FERNANDO MONTOYA BONILLA en su calidad de Ordenador del Gasto, la señora Técnico Subjefe PATRICIA RONCANCIO IGUA en su calidad de supervisor por parte del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AÉREA COLOMBIANA, ESCUELA DE SUBOFICIALES FAC y el señor JULIAN ANDRÉS RESTREPO SOLARTE, representante legal de la empresa CLEANER S.A en su calidad de contratista; con el objeto de efectuar el correspondiente recibo parcial, de los servicios correspondientes al objeto contractual descrito en el citado contrato.</p> <p>Luego de adelantar la inspección de los servicios, se estableció que estos cumplen con los requerimientos, normas y especificaciones técnicas y la entrega se cumplió dentro del plazo contractual establecido. A continuación se describen pormenorizadamente los servicios prestados, así:</p>																
DESCRIPCIÓN DE OBRAS ENTREGADAS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES														
N/A	N/A	N/A														
DESCRIPCIÓN DE BIENES ENTREGADOS	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES														
N/A	N/A	N/A														
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS	OBSERVACIONES GENERALES															
SE REALIZÓ LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ASEO INTEGRAL, MANTENIMIENTO DE JARDINEZ, ZONAS VERDES A TODO COSTO, DURANTE EL MES DE diciembre	Durante el mes de DICIEMBRE de 2018, se realizó el servicio de aseo integral, mantenimiento de zonas verdes, para las															



	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	01
		Vigencia:	20-09-18

2018, PARA LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA DE SUBOFICIALES "CT. ANDRES M.DIAZ" instalaciones de la escuela de suboficiales "CT. ANDRES M.DIAZ". SIN NOVEDAD, LA EMPRESA ENTREGÓ LOS INSUMOS BÁSICOS DE ASEO EN EL PLAZO ESTABLECIDO.

DESCRIPCIÓN DE OBRAS, BIENES Y SERVICIOS ADICIONALES OFRECIDOS <small>(Ofrecidos por el contratista y que fueron objeto de ponderación y escogencia del contratista, para seguimiento por parte del supervisor)</small>	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A

ANEXOS O ACTIVIDADES SOPORTE DE LA (S) FACTURA (S) A CANCELAR <small>(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)</small>	CANTIDAD	OBSERVACIONES GENERALES
N/A	N/A	N/A

AUMENTO VIDA ÚTIL DE LOS BIENES, EFECTIVIDAD OPERATIVA, CAPACIDAD PRODUCTIVA Y CALIDAD DE LOS BIENES
NO APLICA

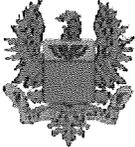
SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

DETALLE DEL PAGO	VALOR	OBSERVACIONES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$54.670.245,46	
VALOR ADICIÓN	N/A	
VALOR FINAL CONTRATO	\$54.670.245,46	
PAGO ANTICIPADO O ANTICIPO	N/A	
PRIMER PAGO PARCIAL PAC CXP 2019	\$8.578.855,61	204-5-8-10 SERVICIO DE ASEO Factura de venta N° 4284
PAGO SALDO PAC	\$46.091.389,85	NINGUNA

ANEXOS

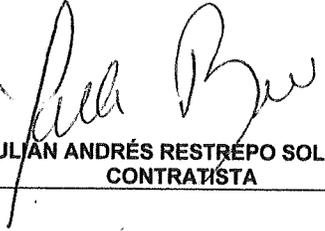
TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTOS	COFAC TODOS LOS PAGOS / UNIDADES 1ER PAGO Y ÚNICO PAGO		UNIDADES SIGUIENTES PAGOS Y SALDOS
		PAGOS PROVEEDORES NACIONALES	PAGOS PROVEEDORES AL EXTERIOR	PAGOS PROVEEDORES NACIONALES
ORIGINAL	Certificación para pago formato GA-FR-088	X	X	X
COPIA	Certificado disponibilidad "CDP"	SECOP	SECOP	
COPIA	Registro presupuestal CRP	SECOP	SECOP	
COPIA	Contrato, modificatorios y/o adiciones	SECOP	SECOP	
ORIGINAL	Factura (s) No. 4284	X	X	X
COPIA	Entrada de bienes y/o servicios (SAP)	X	X	X
COPIA	Radicación cuentas por pagar de pagos parciales y/o amortización anticipos y/o legalización pagos anticipados.	X	X	X
COPIA	Acta de inicio (para contratos de obra, mantenimiento, suministros, prestación de servicios)	X	X	
COPIA	Garantía Única de Cumplimiento*	SECOP	SECOP	
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		X
COPIA	Balances de avance de obra o entrega final (contratos de obra y/o mantenimiento de bienes inmuebles).	X		X
ORIGINAL	Certificación de adiciones y mejoras en propiedad planta y equipo formato GA-FR-087	X	X	X
COPIA	RUT	SECOP		
COPIA	Cuadro resumen de ejecución y pagos para contratos en moneda extranjera		X	
COPIA	Certificación bancaria de la cuenta donde se abonaran los pagos	SECOP	SECOP	SECOP
COPIA	Imprimir pantallazo de la consulta que la cuenta bancaria este en estado ACTIVA en el sistema SIIIF	X	X	X
COPIA	Licencia de importación		X	

2. 

	FUERZA AÉREA COLOMBIANA	Código:	DE-DEAJU-FR-006
	FORMATO ACTA DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Versión N°:	01
		Vigencia:	20-09-18

COPIA	Declaración de importación		X	
COPIA	Guía aérea		X	
COPIA	Guía de empaque		X	
COPIA	Los demás documentos que se requieran y/o los que se hallan suscritos en el contrato.	X	X	X

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON

 JULIAN ANDRÉS RESTREPO SOLARTE CONTRATISTA	 TS. PATRICIA RONCANCIO IGUA SUPERVISOR PRINCIPAL
 Coronel DARÍO FERNANDO MONTOYA BONILLA ORDENADOR DEL GASTO	


 Vo.Bo. TC. CORTÉS/CDTE GRUAL



CLEANER S.A
 NIT: 800041433
 PRINCIPAL AV 3NORTE 35AN 33/59
 Tel: 6410601 Fax:
 CALI

FACTURA DE VENTA
FV - 4284

Resolucion de facturacion Dian #18762011538578 fecha 03/12/2018 vencimiento 02/06/2020 desde el No FV 4001 al No 4300 Regimen Comun Actividad Dian 8121, No gran contribuyente

FACTURA DE VENTA

Cliente		Fecha: 31/12/2018	
Nombre: FUERZA AEREA COLOMBIANA-ESCUELA DE SUBOFICIALES	Nit: 800141642 -	Número Pedido:	
Sucursal: FUERZA AEREA COLOMBIANA-ESCUELA DE SUBOF		Forma de Pago: CREDITO 30 DIAS	
Dirección: CARRERA 5 2-92 SUR		Vendedor: CLEANER SA	
Ciudad: MADRID			
Teléfono: 8209070			

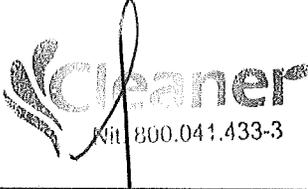
Item	Valor total
PRESTACION DE SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y CAFETERIA ORDEN DE COMPRA No. 33839 PERIODO DICIEMBRE 2018	
OPERARIO DE ASEO Y CAFETERIA TIEMPO COMPLETO -5	\$6,545,913.69
BIENES DE ASEO Y CAFETERIA	\$1,076,927.73
SERVICIO JARDINERIA	\$633,997.47
2% BASE GRAVABLE ESTIMADA \$825.683.89	\$165,136.78

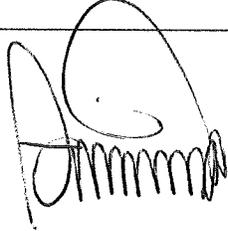
OCHO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS CON SESENTA Y UN CENTAVOS

Subtotal	\$8,421,975.67
IVA	\$156,879.94
Total:	\$8,578,855.61

Esta factura se aseneja a una letra de cambio y su normatividad esta conforme a la ley 1231 del 2008 y especial al articulo 5 de la ley 1231 de 2008 que modifico el articulo 779 del decreto 410 de 1971 del codigo del comercio, el vendedor y/o prestador de servicios podra transferirla a terceros por endoso, y es obligatorio dicha aceptacion a sus legitimos tenedores de buenafé. El (Los) Comprador (es) la firma en señal de aceptacion y de haber recibido real y materialmente la mercancia y/o el servicio descrito.

No Grandes Cntribuyentes - Regimencomun - Actividad ICA 7493 Tarifa 10x1000 - Actividad DIAN 8121 - Consignar al primer beneficiario CtaCte 06504143309 Bancolombia - Linea 018000189348 - FActura Impresa por Computador Con Software SIESA SBS - FAVOR ENVIAR SOPORTE DE PAGO CON SUS DEDUCCIONES al correo carter@cleaner.com.co y jefecontable@cleaner.com.co


 NIT 800.041.433-3
 (Firma y Sello Cleaner S.A.)


 (Firma y Sello Cliente)

1. Año <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="8"/> Espacio reservado para la DIAN 	2. Concepto <input type="text" value="1"/> 4. Número de formulario 13028013384851  <small>(415)7707212489984(8020) 001302801338485 1</small>
---	--

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 8 0 0 0 4 1 4 3 3	6. DV 3	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres
--	-------------------	--------------------	---------------------	------------------	-------------------

11. Razón social
CLEANER S.A.

Rangos de numeración para autorizar, habilitar o inhabilitar								
1	24. Establecimiento CLEANER S A AV 3 N 35 A 33	25. Modalidad COMPUTADOR	Cód. 3	26. Prefijo FV	27. Desde el número 4301	28. Hasta el número 6700	29. Tipo de solicitud AUTORIZACIÓN	Cód. 1
2	24. Establecimiento	25. Modalidad	Cód.	26. Prefijo	27. Desde el número	28. Hasta el número	29. Tipo de solicitud	Cód.
3	24. Establecimiento	25. Modalidad	Cód.	26. Prefijo	27. Desde el número	28. Hasta el número	29. Tipo de solicitud	Cód.
4	24. Establecimiento	25. Modalidad	Cód.	26. Prefijo	27. Desde el número	28. Hasta el número	29. Tipo de solicitud	Cód.
5	24. Establecimiento	25. Modalidad	Cód.	26. Prefijo	27. Desde el número	28. Hasta el número	29. Tipo de solicitud	Cód.
6	24. Establecimiento	25. Modalidad	Cód.	26. Prefijo	27. Desde el número	28. Hasta el número	29. Tipo de solicitud	Cód.
7	24. Establecimiento	25. Modalidad	Cód.	26. Prefijo	27. Desde el número	28. Hasta el número	29. Tipo de solicitud	Cód.
8	24. Establecimiento	25. Modalidad	Cód.	26. Prefijo	27. Desde el número	28. Hasta el número	29. Tipo de solicitud	Cód.

Firma de quien suscribe el documento 1001. Apellidos y nombres RESTREPO SOLARTE JULIAN 1002. Tipo Doc. Cédula d 1003. No. Identif. 6386969 1005. Cód. Represent. Representante Legal Principal 1006. Organización CLEANER S.A.	Firma del funcionario autorizado 984. Apellidos y nombres 985. Cargo 989. Dependencia Subdirección de Gestión de Asistencia al Cliente 993. Establecimiento 992. Área 990. Lugar Admitivo. 991. Organización U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIO
 2018-12-12 / 02:34:59 PM	997. Fecha recepción <input type="text" value="2018-12-12"/> <input type="text" value="14:34:59"/>



CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES

Yo, **DANIELA LUGO ENRIQUEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.144.150.867 y con Tarjeta Profesional No. 246280-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de **CLEANER S.A** identificada con Nit.800.041.433-3, debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de Cali, luego de examinar de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes de seguridad social (pensión, salud y riesgos profesionales) y de los aportes parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y Caja de Compensación Familiar) pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en Santiago de Cali, A los Treinta y un (31) días del mes de Diciembre de 2018.

Atentamente,

Daniela Lugo
DANIELA LUGO ENRIQUEZ
Revisor Fiscal
C.C N° 1.144.150.867
Tarjeta Profesional N° 246280-T

90/RV



Medellín, 03 de Diciembre de 2018

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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CLEANER SA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000615402 - FUERZA AEREA-CATAM RIESGO 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C20740119	SANCHEZ HERRERA CAROLINA	04/12/2018		W2582392	DEPENDIENTE

OK 2018

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.artsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10030609211833770197

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

VIGILADO

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2018 19:29:57 .

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

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

Dirección IP: 200.6.191.251, 172.16.42.236



CERTIFICACION:

La Caja de Compensación Familiar CAFAM, certifica que el(la) señor(a) SANCHEZ HERRERA CAROLINA , con cédula de ciudadanía No. 20740119, está afiliado(a) a la Caja de Compensación, desde el 04 de diciembre de 2018, por la empresa, CLEANER S.A., con el NIT 800041433-3.

El presente documento se expide por solicitud de la empresa, a los siete (07) días del mes de diciembre de 2018.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Andrea Salamanca Quintero".

ANDREA SALAMANCA QUINTERO

Oficinista Subsidio
Sección de Afiliaciones
Departamento de Subsidio
subsidio@cafam.com.co

92
P/V



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LAURA CATALINA CASTRO MORALES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,073,164,207, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 03 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes



Medellín, 03 de Diciembre de 2018

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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CLEANER SA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000615402 - FUERZA AEREA-CATAM RIESGO 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C107316420 7	CASTRO MORALES LAURA CATALINA	04/12/2018		19813516	DEPENDIENTE

Ok 2018

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10030609211833770166

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2018 19:29:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.6.191.251, 172.16.42.236

Formulario Únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado*



I. DATOS DEL TRÁMITE
1. TIPO DE TRÁMITE
A. AFILIACIÓN B. REPORTE DE NOVEDADES
2. TIPO DE AFILIACIÓN
A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia b) Beneficiario o afiliado adicional
B. Colectiva C. Institucional D. De oficio
3. RÉGIMEN
C. Contributivo S. Subsidiado
4. TIPO DE AFILIADO
CO Cotizante CF Cabeza de Familia BE Beneficiario
5. TIPO DE COTIZANTE
A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
CÓDIGO: FECHA DE LA SOLICITUD:

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Castro SEGUNDO APELLIDO: Hernández PRIMER NOMBRE: Leonor SEGUNDO NOMBRE: Catalina
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073164707 9. SEXO: M 10. FECHA NACIMIENTO: 27/02/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
11. ORIGEN ÉTNICO: 12. DISCAPACIDAD: 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL:
15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES:
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1073164707 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Barbosa ZONA: U LOCALIDAD / COMUNA: Barbosa BARRIO:
CIUDAD / MUNICIPIO: Barbosa DEPARTAMENTO: Chocó TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL: 322 386 7896 CORREO ELECTRÓNICO: CÓDIGO IPS:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 22. SEXO: 23. FECHA NACIMIENTO: CÓDIGO IPS:

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PRENTESSO (SI/NO)	30. DISCAPACIDAD (TIPO)
1						
2						
3						
4						

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: Chocó S.A. 36. Tipo documento de identidad: EMPRESA 37. Número documento de identidad: 870044433 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones:
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Barbosa 40. FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 10/10/2018 CARGO: Operario de B. SALARIO: 782.242

O. REPORTE DE NOVEDADES
40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. NOVEDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
14. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
15. REPORTE DE RENDIMIENTO
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SEXO: FECHA NACIMIENTO:
42. FECHA (a partir de): 43. EPS ANTERIOR: 44. MOTIVO DE TRASLADO: 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
Declaración juramentada de conservación: Declaro que conservo con el (a) Señor(a) identificación con
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios y afiliados dependen económicamente de mí.
47. Declaración de no obligación de aportar al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la entidad.
49. Declaración de no intervención del cotizante, cónyuge o pareja, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestitora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS recoja y entregue 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 trámite de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas por sus funciones respectivas.
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 la Ley 1581 del 2010 y el Decreto 1272 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al centro electrónico o al celular como miembros de grupo.
VIII. FIRMAS
46. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Leonor Castro
47. Firma y sello del empleador, aportante a entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: Aracely Torres

IX. ANEXOS
48. Anexo copia del documento de identidad: CC TI CC PA CF CD ISU
Cantidad: Total:
49. Copia del dictamen de incapacidad permanentemente amebada y / o autoridad competente
50. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
51. 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.
52. Copia del certificado de adopción o acta de adopción del menor.
53. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
54. Documento en que consta la pensión o el subsidio de la defunción de los padres o la declaración judicial por el cotizante sobre la pensión de los padres.
55. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
56. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
57. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
58. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio: Código del departamento:
59. Datos del SISBEN
Número de ficha: Puntaje: Nivel:
60. Fecha de radicación: 61. Fecha de validación:
62. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad: Número del documento de identidad:
63. Firma del funcionario:

95/20

Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado*



* 0 1 B 1 0 2 3 7 0 6 7 *



* 0 1 0 4 4 8 2 2 2 7 *

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. Afiliación B. Reporte de novedades

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia b) Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De oficio

3. RÉGIMEN: C. Contributivo S. Subsidiado

4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante CF Cabeza de Familia BE Beneficiario

5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado

CÓDIGO: _____ FECHA DE LA SOLICITUD: DIA _____ MES _____ AÑO _____

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMERO APELLIDO Castro SEGUNDO APELLIDO Hernández PRIMER NOMBRE Isabel SEGUNDO NOMBRE Catalina

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1073164702 9. SEXO: M 10. FECHA NACIMIENTO: 21 05 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO: Indígena 12. DISCAPACIDAD: N 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN: 1 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: N 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: EPS

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: EPS 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 2000000 18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: 2000000 ZONA: U LOCALIDAD / COMUNA: Medellín BARRIO: Centro

CUIDAD / MUNICIPIO: Medellín DEPARTAMENTO: Antioquia TELÉFONO FIJO: 322 346 7876 TELÉFONO MÓVIL: 322 346 7876 CORREO ELECTRÓNICO: castro@hernandez.com CÓDIGO IPS: 000000

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS: PRIMERO APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ 22. SEXO: M 23. FECHA NACIMIENTO: _____

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO (R. CENIA)	31. DISCAPACIDAD
1						
2						
3						
4						

32. DATOS DE RESIDENCIA

Ciudad / Municipio	Departamento	Zona	Ubicación	Valor UPV afiliado adicional	Nombre y código de la EPS	Nivel del SISBEN	Grupos de población especial
1							
2							
3							
4							

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: EPS 36. Tipo documento de identidad: RC 37. Número documento de identidad: 1073164702 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: EPS

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Medellín 40. FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 2000000 CARGO: Administrador SALARIO: 2000000

B. REPORTE DE NOVEDADES

41. TIPO DE NOVEDAD: 1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN 2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN 3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD 4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 ADSCRIPCIÓN 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 A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

13. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO 14. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN 15. REPORTE DE FALCIFICACIÓN 16. REPORTE DE TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE 17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN: PRIMERO APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

42. FECHA (a partir de): _____ 43. EPS ANTERIOR: EPS 44. MOTIVO DE TRASLADO: EPS 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: EPS

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de parentesco de convivencia. Declaro que convivo con el/la Señora(a) _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____ Identificador(a) con No. _____

47. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios reportados dependen económicamente de mí.

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

49. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impide la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

50. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.

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

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 1591 de 2012 y el Decreto 1872 de 2013.

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

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Isabel Hernández Castro

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: EPS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: 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 constitución o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho.

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho.

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

61. Copia de la orden judicial del acto administrativo de creación.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de detención de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la detención de los padres.

63. Acta 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 resolución de los administrados competentes en la que conste la calidad de beneficiario o afiliado adicional.

X. DATOS A SER UTILIZADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio: 000000 Código del departamento: Antioquia 67. Datos del SISBEN: Número de Ficha: 1 Puntaje: 1000 Nivel: 1 68. Fecha de radicación: 2000000 69. Fecha de validación: 2000000

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad: RC Número del documento de identidad: 1073164702 71. Firma del funcionario: Isabel Hernández Castro



9005239604
9005239604

16884986

04 12 2018

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación, B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual, B. Coexistencia, C. Beneficiario a cargo adicional [X]
3. Régimen: A. Contributivo [X], B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Coexistencia [X], B. Cabeza de familia, C. Beneficiario, D. Otro
5. Tipo de cotizante: A. Coexistencia [X], B. Independiente, C. Pensionado

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

6. Apellidos y nombres: MALAGON CASALLAS OLGA PATRICIA
7. Tipo de documento de identidad: CC, 8. Número del documento de identidad: 39772658, 9. Sexo: Femenino [X], Masculino, 10. Fecha de nacimiento: 20 03 1976
11. Etnia, 12. Ocupación, 13. Puntaje SBSBEN, 14. Grupo de población ocupacional: REGULAR DE PROFESIONALES, 15. Administradora de pensiones: BURAMERICANA, 17. Ingreso base de cotización: \$781.242

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

19. Apellidos y nombres, 20. Tipo de documento de identidad, 21. Número del documento de identidad, 22. Sexo: Femenino [X], Masculino, 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: Femenino [X], Masculino, 28. Fecha de nacimiento, 29. Pasaporte, 30. Etnia, 31. Ocupación, 32. Distrito 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 - EPS, 35. Código de la EPS (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

36. Tipo de documento de identidad: NIT, 37. Número del documento de identificación: 800041433, 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: CALI, VALLE DEL CAUCA
39. Nombre del empleador: CLEANER SA, 40. Dirección: AV 7N 23N 57 BRR STA MONICA, 41. Teléfono: 6813585

II. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad: 1. Modificación de datos o datos 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. Extinción de beneficiarios o de afiliados adicionales, 9. Inicio de relación laboral o ocupación de cotización para cotizar, 10. Terminación de la relación laboral o cese de las condiciones para seguir cotizando, 11. Vinculación a una entidad aseguradora para realizar afiliaciones adicionales, 12. Devolución de una entidad aseguradora para realizar afiliaciones a terceros, 13. Movilidad A Régimen Contributivo, 14. Traslado A Nuevo Régimen, 15. Reporte de subempleo, 16. Reporte del cambio de profesión o oficio, 17. Reporte de la vejez de Pre-pensionado, 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo: Femenino [X], Masculino, Fecha de nacimiento, Fecha notada: 04 12 2018, 43. EPS anterior, 44. Motivo de traslado, 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 47. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 48. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 49. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 50. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 51. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 52. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 53. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 54. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario, 55. Declaración de haber leído y comprendido el contenido de este formulario

VIII. FIRMAS

56. Firma del afiliado o representante legal, 57. Firma del empleador o representante legal

IX. ANEXOS

58. Anexos: Copia del documento de identidad, Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública que acredite la unión marital, Copia de la resolución judicial que declare la unión marital, Copia del certificado de inscripción a esta de energía del menor, Copia de la cédula de registro del acta de nacimiento del menor, Copia del documento que acredite la pérdida de la patria potestad o el abandono de paternidad de los padres o la declaración suscrita por el concubino sobre el cuidado de los dos niños, Copia de la autorización de traslado del afiliado a la Buró de Atención al Usuario de Salud, Copia de la resolución de una entidad aseguradora para realizar afiliaciones adicionales, Copia del acta de inscripción o personería de las autoridades competentes en la que se declara la calidad de beneficiario o afiliado a la entidad de EPS

X. DATOS A SER DELIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial: Código de municipio, Código del departamento, 67. Datos del SBSBEN: Número de la ficha, Puntaje, Nota, 68. Fecha de reposición, 69. Fecha de validación, 70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, 72. Firma del funcionario, OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

97/RS



Medellín, 03 de Diciembre de 2018

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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CLEANER SA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000615402 - FUERZA AEREA-CATAM RIESGO 2, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C39772658	MALAGON CASALLAS OLGA PATRICIA	04/12/2018		61961532	DEPENDIENTE

On Desk

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10030609211833770138

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2018 19:28:58 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.6.191.251, 172.16.42.236

98/RV



Medellín, 03 de Diciembre de 2018

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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CLEANER SA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000615402 - FUERZA AEREA-CATAM RIESGO 2, clase de riesgo 2, porcentaje de cotización 1.044%.

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin vigencia	Código de transacción	Fecha de proceso
C20739042	LILIANA PEDRAZA CASTRO	04/12/2018		336y1922	03/12/2018 19:58:08

on green

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura, la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10030609211833771895

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

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

Dirección IP: 200.6.191.251, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



9005239622
9005239622

No. de filiación: 16885014
Fecha de aplicación: 04 12 2018
Código (a registrar por la EPS)

1. DATOS DEL TRÁMITE
1. Tipo de trámite: A. Afiliación, B. Copia de novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Inicial, B. Continúa o cabeza de Familia, C. Inicial, D. De oficio
3. Régimen: A. Régimen, B. Beneficio
4. Tipo de afiliado: A. Colaborador, B. Cabeza de familia, C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente, B. Independiente, C. Prepagado

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
6. Apellidos y nombre: PEDRAZA CASTRO
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 20739042
9. Sexo: Femenino
10. Fecha de nacimiento: 21 02 1977
11. Etnia: BARRBEN
12. Ocupación: BARRBEN
13. Puntos BARRBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Profesionales: BURAMEOCANA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente solitante)
18. Apellidos y nombre
19. Tipo de documento de identidad
20. Número del documento de identidad
21. Sexo: Femenino
22. Fecha de nacimiento
23. Fecha de nacimiento
24. Apellidos y nombre: Primer Apellido, Segundo Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
25. Tipo de documento de identidad: NT
26. Número del documento de identidad: 800041433
27. Tipo de documento de identificación: VALLE DEL CAUCA
28. Tipo de afiliación: CALI
29. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
30. Selección de la EPS Primaria: C
31. Datos de la institución prestadora de servicios de salud - EPS: VALLE DEL CAUCA

B. REPORTE DE NOVEDADES
32. Tipo de novedad: 1. Modificación de datos básicos de identificación, 2. Corrección de datos básicos de identificación, 3. Actualización del documento de identidad, 4. Actualización y corrección de datos complementarios, 5. Terminación de la inscripción en la EPS, 6. Inscripción en la EPS, 7. Inclusión de beneficiarios o afiliados adicionales, 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales, 9. Inicio de relación laboral o ocupación 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. Modificación de Régimen, 14. Traslado, A. Manos Regimen, B. Déficit Régimen, 15. Reporte de fallecimiento, 16. Reporte de la ciudad de filiación, 17. Reporte de la ciudad de vinculación, 18. Reporte de la ciudad de vinculación

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
33. Tipo de documento de identidad: CC
34. Número del documento de identidad: 6813565
35. Sexo: Femenino
36. Fecha de nacimiento: 04 12 2018
37. Tipo de documento de identificación: VALLE DEL CAUCA
38. Tipo de afiliación: CALI

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
39. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
40. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
41. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
42. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
43. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
44. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
45. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
46. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
47. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
48. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
49. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
50. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
51. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
52. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
53. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
54. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos
55. Declaración de que los datos suministrados son verídicos y correctos

VIII. DATOS A SER OBLIGADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
56. Anexo copia de documento de identidad: CC
57. Copia del documento de identidad emitido por la entidad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, nota de cancelación o sentencia judicial que declare el vínculo matrimonial
59. Copia de la resolución judicial o administrativa que declare el vínculo matrimonial
60. Copia del certificado de inscripción a la base de datos de la entidad competente
61. Copia de la orden judicial o de acto administrativo de sustento
62. Copia del documento de inscripción en el registro de la entidad competente
63. Copia de la autorización de traslado o pérdida de la patria potestad o el reconocimiento de filiación de los padres o la declaración de nulidad de la inscripción en el registro de la entidad competente
64. Certificación de inscripción en una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acta de inscripción en el registro de la entidad competente

66. Identificación de la entidad territorial: Código del municipio, Código del departamento
67. Puntos del BARRBEN: Número de la ficha, Puntos
68. Fecha de validación
69. Datos del funcionario que realiza la validación: Nombre, Cargo
70. Tipo de documento de identidad: CC
71. Número del documento de identidad: 6813565
72. Firma del funcionario: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES



CERTIFICACION:

La Caja de Compensación Familiar CAFAM, certifica que el(la) señor(a) PEDRAZA CASTRO LILIANA , con cédula de ciudadanía No. 20739042, está afiliado(a) a la Caja de Compensación, desde el 04 de diciembre de 2018, por la empresa, CLEANER S.A., con el NIT 800041433-3.

El presente documento se expide por solicitud de la empresa, a los siete (07) días del mes de diciembre de 2018.

Cordialmente,

ANDREA SALAMANCA QUINTERO

Oficinista Subsidio
Sección de Afiliaciones
Departamento de Subsidio
subsidio@cafam.com.co

101/124

Certificación de afiliación a EPS.



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LILIANA PEDRAZA CASTRO identificado(a) con CC 20739042 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 24/06/1999

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM MADRID CAP

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 03 días del mes de diciembre del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

102/102



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE ANTONIO PEDREROS VELOSA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 11,438,436, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 03 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

103
/2V



Medellín, 03 de Diciembre de 2018

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 RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de CLEANER SA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000117225 - FISCALIA SECCIONAL BOGOTA RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificació	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante
C11438436	PEDREROS VELOSA JOSE ANTONIO	04/12/2018		146692X1	DEPENDIENTE

OK 2018

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10030609211833770086

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 03/12/2018 19:28:06.

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

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

Dirección IP: 200.6.191.251, 172.16.42.236

2. Concepto: <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN 	4. Número de formulario: 14380527358  (415)7707212489984(8020) 000001438052735 8
--	---

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 0 0 0 4 1 4 3 3	6. DV: 3	12. Dirección seccional: Impuestos de Cali	14. Buzón electrónico: 5
---	-----------------	---	------------------------------------

IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona jurídica	25. Tipo de documento: 1	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:	
31. Primer apellido:	32. Segundo apellido:	33. Primer nombre:	34. Otros nombres:
35. Razón social: CLEANER S.A.			
36. Nombre comercial:		37. Sigla:	

UBICACION			
38. País: COLOMBIA	39. Departamento: 1 6 9 Valle del Cauca	40. Ciudad/Municipio: 7 6 Cali	41. Dirección principal: AV 7 N 23 N 57 BRR SANTA MONICA RESIDENCIAL
42. Correo electrónico: gustavosanchez@cleaner.com.co	43. Apartado aéreo:	44. Teléfono 1: 6 4 1 0 6 0 1	45. Teléfono 2: 3 1 4 6 8 1 8 9 3 8

CLASIFICACION					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
48. Código: 8 1 2 1	47. Fecha inicio actividad: 1 9 8 8 0 8 1 9	48. Código: 8 1 2 9	49. Fecha inicio actividad: 1 9 8 8 1 0 8 1 9	50. Código: 1 2 8 1 3 0 9 6 0 1	51. Código: 0 0 1
52. Número establecimientos: 0 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos																		
53. Código:																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
5	7	9	1	1	1	4	3	5	4	0	4	2						
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario									40- Impuesto a la Riqueza									
07- Retención en la fuente a título de renta									42- Obligado a llevar contabilidad									
09- Retención en la fuente en el impuesto sobre las ve																		
11- Ventas régimen común																		
14- Informante de exogena																		
35- Impuesto sobre la renta para la equidad - CREE.																		

Usuarios aduaneros	Exportadores																							
54. Código:	55. Forma: <input type="checkbox"/>																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>56. Tipo: <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>57. Modo: <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>58. CPC: <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	56. Tipo: <input type="checkbox"/>	57. Modo: <input type="checkbox"/>	58. CPC: <input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
56. Tipo: <input type="checkbox"/>																								
57. Modo: <input type="checkbox"/>																								
58. CPC: <input type="checkbox"/>																								

Para uso exclusivo de la DIAN		
59. Anexos: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	60. No. de Folios: 0	61. Fecha: 2 0 1 6 0 6 3 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:	Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre: RESTREPO SOLARTE JULIAN ANDRES 985. Cargo: Representante legal Certificado
---	---

Referencia Bancaria

Martes, 8 de Noviembre de 2016

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CLEANER S A identificado(a) con NIT 800041433, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	06504143309	1995/05/16	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

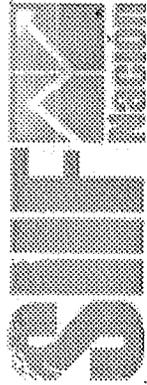
Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

le estamos poniendo el alma.





Cuentas bancarias de tercero

Magnolia Pizo Soba

M-Hmpizo

Unidad Ejecutora

FAC ESCUELA DE SUBOFICIALES FUERZA AEREA

15-01-05-012

Unidad o Subunidad Ejecutora

2018-12-28-4:05 p. m.

Fecha y Hora Sistema

Unidad Ejecutora	Unidad o Subunidad Ejecutora	Fecha y Hora Sistema	Numero de Cuenta	Nombre de Cuenta	Entidad Bancaria	Tipo de Cuenta Bancaria	Numero de Cuenta	Nombre de Cuenta	Entidad Bancaria	Tipo de Cuenta Bancaria	Estado de Cuenta	Unidad de Cuenta
Unidad 6 SubUnidad Ejecutora	15-01-05-012	2018-12-28-4:05 p. m.	06604143309	CLEANER S.A.	Corriente	Corriente	06604143309	CLEANER S.A.	BANCOLOMBIA S.A.	Corriente	Activa	2019/11/19

Unidad 6 SubUnidad Ejecutora 15-01-05-012-FAC ESCUELA DE SUBOFICIALES FUERZA AEREA

NIT

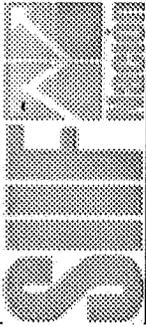
800041433 CLEANER S.A.

06604143309

CLEANER S.A.

Pesos

2019/11/19



Cuenta por pagar - Comprobatario

Usuari@ Solicitante:
Unidad o Subunidad:
Ejecutivo Solicitante:
Fecha y Hora Sistema:

Mhmpizo
15-01-05-012
2018-12-31-8:03 a. m.

Magdalena Pizo Soba
FAC ESCUELA DE SUBOFICIALES FUERZA

CUENTAS POR PAGAR

Numero:	133716	Fecha Registro:	2018-12-31	Unidad / Subunidad:	15-01-05-012 FAC ESCUELA DE SUBOFICIALES FUERZA AEREA		
Estado:	Radicada	Tipo de Cuenta x Pagar:	Adquisición de Servicios a Personas	Nro. Compromiso:	42418	Nro. Cdp:	16118
Caja menor-Identif.:		Caja Menor-Fecha Registro:		Tipo de Moneda:	COP-Pesos	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Antes del Iva:	8.421.975,67	Valor Iva:	156.879,94	Valor Total:	8.578.855,61	Valor Total Moneda Ortg.:	0,00
Identificacion:	800041433	Razon Social:	CLEANER S.A.	TERCERO			

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	DESCRIPCION
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
17	FACTURA
23	OTRO DOCUMENTO DE COBRO

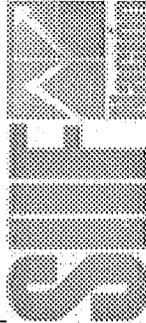
DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS	
NUMERO	FECHA
4284	2018-12-31

Objeto: CTO 072-00-K-ESUFA-GRUAL-2018. SE ANEXAN DOCUMENTOS SEGUN CERTIFICACION.

Magdalena Pizo Soba

AS10. MAGDALENA PIZO SOBA
C.C. 35.534.706

FIRMA RESPONSABLE



Cuenta por pagar - Comprobante.

Usuario Sistema:
Unidad o Subunidad:
Ejecutora Sistema:
Fecha y Hora Sistema:

MHsvelandv
15-01-05-012
2019-01-16-3-36 p. m.

Solangel Velandia Velandia
FAC ESCUELA DE SUBOFICIALES FUERZA

CUENTAS POR PAGAR

Numero:	619	Fecha Registro:	2019-01-16	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-05-012 FAC ESCUELA DE SUBOFICIALES FUERZA AEREA
Estado:	Radicada	Tipo de Cuenta x Pagar:	Adquisición de Servicios a Personas	Nro. Cdp:	42418
Caja menor-Identif.:		Caja Menor-Fecha Registro:	156.879,94	Tasa de Cambio:	0,00
Valor Antes del Iva:	8.421.975,67	Valor Iva:	156.879,94	Valor Total Moneda Orig.:	0,00
Identificación:	800041433	Razon Social:	CLEANER S.A.	TERCERO	

DOCUMENTOS SOPORTE RECIBIDOS	
CODIGO	DESCRIPCION
12	CUMPLIDO A SATISFACCION
17	FACTURA

DOCUMENTOS SOPORTE-DATOS ADMINISTRATIVOS	
NUMERO	FECHA
4284	2019-01-16

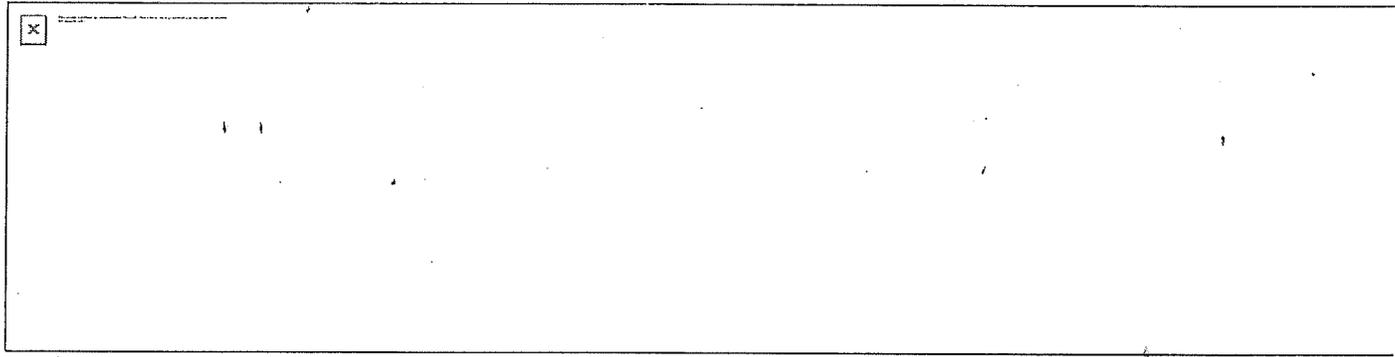
Objeto: CTO-072-00-K-ESUFA-GRUAL-2018-ANEXO DOCUMENTO SOPORTE

AS16-SOLANGEL VELANDIA V.
C.C.39.778.483

FIRMA RESPONSABLE

CXP 133718 anclada según subserie de Financiero (se anexa correo SIF)

De: Servicios.Tecnologicos@minhacienda.gov.co
Enviado el: miércoles, 16 de enero de 2019 02:03 p.m.
Para: AS18. YAMILE GUARACA NARVAEZ
Asunto: Solicitud No. SERV-847493 ha sido registrada, solucionada y cerrada



La solicitud SERV-847493, ha sido registrada, solucionada y cerrada.

Estimado(a) Usuario: YAMILE GUARACA NARVAEZ

Le informamos que su solicitud SERV-847493. ha sido cerrada.

A continuación encontrará el detalle del registro:

Servicio: SIIF-NACION

Descripción: El usuario requiere tomar incidente para anular cuenta por pagar de radicación de soportes del año pasado.

15-01-05-012

Solución: Se le indica que debe crear una nueva cuenta por pagar en la vigencia actual para después poder realizar la obligación.

Si tiene alguna inquietud, por favor comuníquese a través de la línea de soporte SIIF Nación en Bogotá 6021270 y a nivel nacional 018000910071 Opción 1, en el horario de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm en jornada continua.

Este mensaje es de carácter informativo, por favor NO responder ni enviar solicitudes dirigidas a este correo, ya que no podrán ser atendidas.

Cordialmente

ADMINISTRACIÓN SIIF NACIÓN
siifsoporte@minhacienda.gov.co

