



1277  
660

**INFORME MENSUAL LABORES CONTRATO SECRETARIA DE EDUCACION**

**SOACHA**

**VISITAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS  
MES JULIO**

**SUPERVISORA LESLY TORRES**

**UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA**

5075

UNION TEMPORAL ECONOMICA

SUPERVISORA LEGAL TORRES

INES JULIO

SAVITACUO E RACIONALIZAN SUTAN

A

ARCHIVO



SEDES 27-29 INSTITUCION EDUCATIVA LUIS CARLOS GALAN

INTITUCION EDUCATIVA LUIS CARLOS GALAN				
SEDES	FECHA DE VISITA	NUMERO DE OPERARIOS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	06/07/2022 12/07/2022 27/07/2022	3	OSORIO SEPULVEDA SINDY ADRIANA	6:00-2:00
			VELOZA CUELLAR LIDA PATICIA	9:00-5:00
			RUBIO YULY YAQUELINE	9:00-5:00
ALTOS DEL PINO	06/07/2022	1	LEMUS ROJAS LINA CATERINE	7:00-4:00
CASA LOMA	06/07/2022	1	CARRERA GALVAN SANDRA	7:00-4:00

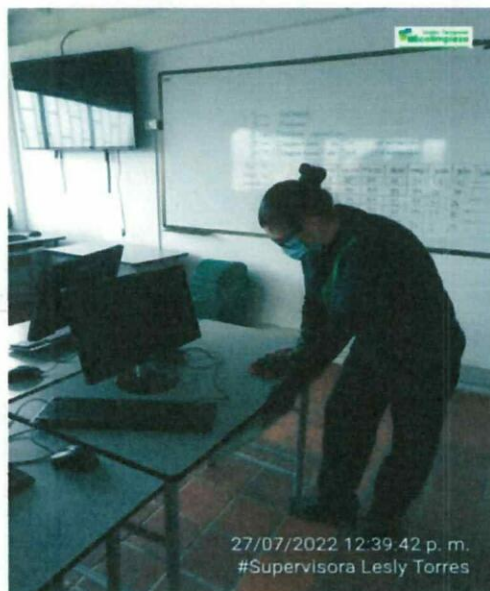
INFORME VISITAS	
SEDES	NOVEDADES
PRINCIPAL	*Se realiza visita de supervision las señoras Sindy, Lida Y Yuly se encontraban cumpliendo con sus labore, la sede está dentro de lo que cabe en buenas condiciones de aseo a pesar de las lluvias y la ubicación *Se realiza visita a la institución, hable con la Licenciada hizo observaciones generales del servicio.
ALTOS DEL PINO	*Se realiza visita de supervisión la señora Lina se encontraba cumpliendo con sus labores, la sede se encuentra en buen estado de aseo y organización a pesar de las condiciones de ubicación.
CASA LOMA	*Se realiza visita de supervisión la señora Sandra se encontraba cumpliendo con sus labores la sede se encuentra en buen estado de aseo y organización a pesar de las condiciones de ubicación.

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS INSTITUCION EDUCATIVA LUIS CARLOS GALAN		FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	
LICENCIA	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
TERMINACION DE CONTRATO	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
TRASLADO	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
FALATA SIN JUSTIFICACION	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A



BRIGADAS DE ASEO GENERAL Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA

LUIS CARLOS GALAN







SEDE 30 INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA

INTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA				
SEDES	FECHA DE VISITA	NUMERO DE OPERARIOS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	06/07/2022 12/07/2022 27/07/2022	11	OVIEDO GUZMAN OCTAVIO	6:00-2:00
			ALVIS ASCENCIO JESICA ALEJANDRA	6:00-2:00
			BRAVO MARROQUIN JULIETH ALEJANDRA	6:00-2:00
			RODRIGUEZ MARTINEZ PAULA ALEJANDRA	6:00-2:00
			PANTOJA ESPINOSA MARIBEL ESTEFANIA	8:00-4:00
			CELIS PRIETO DORA LIGIA	11:00-7:00
			GARCIA RIAÑO SARA ALICIA	11:00-7:00
			RUIZ FORERO MARIA TERESA CASTRILLON ARROYO ROMINA KATHERINE	11:00-7:00
			MUÑOZ GONZALEZ NORMA LILIANA TRUJILLO VILLALOBOS JESSICA ALEJANDRA	11:00-7:00

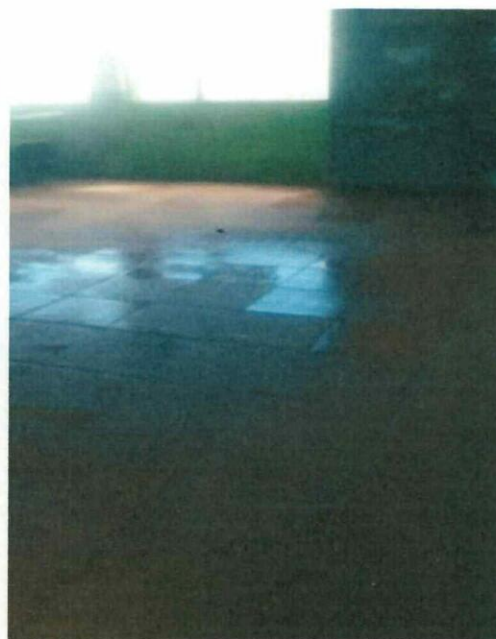
INFORME VISITAS	
SEDES	NOVEDADES
PRINCIPAL	<p>*Se realiza visita de supervisión se encuentran los 11 colaboradores en un solo horario realizando sus labores de aseo y desinfección, la sede se encuentra en buenas condiciones.</p> <p>*Realice visita a la institución se hicieron recomendaciones generales</p>

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA		FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	María Teresa Ruiz Forero	25 al 26 julio	Estela Angulo	Principal
PERMISO	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
RENUNCIA	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
TRASLADO	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
FALTA SIN JUSTIFICACION	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A



BRIGADAS DE ASEO GENERAL Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA

JULIO CESAR TURBAY AYALA







SEDE 31-33 INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE

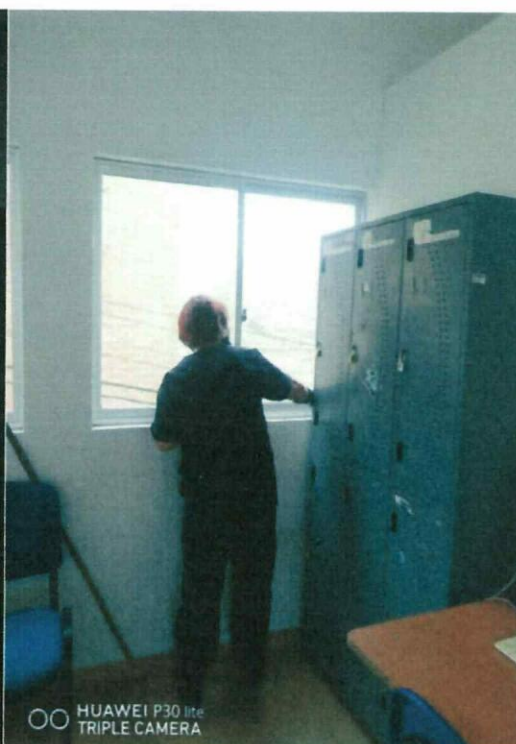
INTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE				
SEDES	FECHA DE VISITA	NUMERO DE OPERARIOS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	06/07/2022 12/07/2022 28/07/2022	4	HERRON ARENAS LIRIAN DEL SOCORRO	6:00-2:00
			GALINDO JIMENEZ BLANCA VIRGINIA	11:00-8:00
			GALLEGO GLORIA CLEMENCIA	11:00-8:00
			USAQUEN CASTIBLANCO KAREN LIZETH	11:00-8:00
LA ISLA	06/07/2022 28/07/2022	2	DIAZ MORENO YULY	6:00-2:00
			BENITES COLMENARES DIANA	11:00-8:00
EL PROGRESO	06/07/2022 28/07/2022	1	JIMENEZ LOPEZ DIANA JULIETH	9:00-6:00

INFORME VISITAS	
SEDES	NOVEDADES
PRINCIPAL	*Se realiza visita de supervisión se encontraban las 4 colaboradoras en turno, la sede está en buenas condiciones, les hice recomendaciones generales
LA ISLA	*Se realiza visita de supervisión se encuentra la colaboradora Yuli cumpliendo con sus labores, la otra colaboradora ingresa en turno de 11 a 8.
EL PROGRESO	*La señora Diana Jiménez se encontraba realizando sus labores de aseo y desinfección, la sede está en buenas condiciones a pesar de la ubicación y las lluvias

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE		FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	Karen Lizeth Usaquén	18 julio	Sin cubrir	Principal
LICENCIA	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
RENUNCIA	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
TRASLADO	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
FALATA SIN JUSTIFICACION	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A



BRIGADAS DE ASEO GENERAL Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA  
SUCRE







SEDE 34 INSTITUCION EDUCATIVA CAZUCA

INTITUCION EDUCATIVA CAZUCA				
SEDES	FECHA DE VISITA	NUMERO DE OPERARIOS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL CAZUCA	06/07/2022 12/07/2022 27/07/2022	6	CARDOZO MONTOYA SONIA CLARENA	6:00-2:00
			MARTINEZ FANDIÑO CAREN LORENA	6:00-2:00
			GONZALEZ LESLY YAMILE	6:00-2:00
			RICARDO LEYDI JOHANNA	10:00-6:00
			RAMIREZ ACUÑA MARIA ANTONIA	10:00-6:00
			LIZARAZO MONCADA YURI ANDREA	10:00-6:00

INFORME VISITAS	
SEDES	NOVEDADES
PRINCIPAL	<p>*Se realiza visita de supervisión se encuentran las 6 colaboradoras en turno, hable con la Licenciada Marisol, ella manifiesta conformidad con el servicio, hizo recomendaciones generales.</p> <p>*Se realiza visita de supervisión se encuentran las 6 colaboradoras en servicio realizo reunión se les hicieron recomendaciones generales para mejorar el servicio.</p>

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS INSTITUCION EDUCATIVA CAZUCA		FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
LICENCIA	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
RENUNCIA	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
TRASLADO	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
FALATA SIN JUSTIFICACION	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A



1305  
668









SEDE 35 INSTITUCION EDUCATIVA GABRIEL GARCIA MARQUEZ

INSTITUCION EDUCATIVA GABRIEL GARCIA MARQUEZ				
SEDES	FECHA DE VISITA	NUMERO DE OPERARIOS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL GABRIEL GARCIA MARQUEZ	06/07/2022 12/07/2022 27/07/2022	3	SASTRE ORTIZ LUZ CEDID	9:30-5:30
			MOLINA VANEGAS LUZ MERY PAEZ LEGUIZAMON DANNA JULIETH	6.00-2:00
MINUTO DE DIOS	06/07/2022	1	PERALTA CARDONA ESTHER	9:00-5:00

INFORME VISITAS	
SEDES	NOVEDADES
PRINCIPAL	<p>*Se realiza visita de supervisión se encontraba la señora Luz Cedid, la señora Luz Mery y Danna ingresan en turno de 10 a 6, la sede está en buenas condiciones de aseo y desinfección a pesar de las condiciones de ubicación, y las lluvias</p> <p>*Hable con la licenciada Stella ella está conforme con el servicio de las 3 señoras de la sede principal y con Esther en la sede Minuto.</p>
MINUTO DE DIOS	<p>*Se realiza visita de supervisión, la sede está en muy buenas condiciones la colaboradora se encontraba cumpliendo con sus labores</p>

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS INSTITUCION EDUCATIVA GABRIEL GARCIA MARQUEZ		FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	Principal
LICENCIA	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
RENUNCIA	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
TRASLADO	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A
FALATA SIN JUSTIFICACION	No hubo en el mes de julio	N/A	N/A	N/A



1170  
670

Medellín, 06 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C39673830	SANCHEZ SABOGAL MARIA HELENA	07/07/2022		242198T1	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218760125

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57



Bogotá, 16 de julio de 2022

Nit. 901093846-0

Señores

**UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA**

CALLE 25B NO 85B 83 SANTA CECILIA MODELIA

NI 901351411

Bogotá D.C.

Ref. Radicación de Formulario Único De Afiliación y Registro De Novedades al SGSS

Cordial saludo,

Una vez verificada la información contenida en los documentos entregados por su entidad, en relación con la afiliación del usuario(a) MARIA HELENA SANCHEZ SABOGAL CC 39673830 y conforme a los soportes de vinculación al régimen contributivo, nos permitimos manifestar que se realizó de manera exitosa la radicación de la **Novedad de Movilidad** con fecha de inicio laboral 07/07/2022, acorde con el "FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES DENTRO DEL SGSSS" diligenciado por el aportante y con fecha de radicación el día 14/07/2022.

Es importante que tenga en cuenta lo establecido en el Decreto 780 de 2016 en el Artículo 2.1.7.10.


169  
"...Efectividad de la novedad de Movilidad. La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado, una vez registrada en el Sistema de Afiliación Transaccional en los términos del artículo 2.1.7.8 del presente decreto, producirá efectos a partir del día siguiente al vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si el afiliado cotizante tuviere derecho a ellos; si no los tuviere, a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.

La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la novedad de movilidad en el Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, una vez suscrito y radicado el formulario físico que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos previstos en el artículo 2.1.7.7 del presente decreto..."

Cualquier aclaración sobre el particular con gusto será atendida a través del correo electrónico [contributivo@ecoopsos.com.co](mailto:contributivo@ecoopsos.com.co) o por medio de nuestra línea del Contact Center: (1) 5190342.

Cordialmente,



JIMMY MAURICIO ZIPA LEMUS  
DIRECTOR DE OPERACIONES  
Elaboró: AMSR

[ecoopsos.com.co](http://ecoopsos.com.co)

Calle 35 No.7-25 piso 12, Bogotá D.C.

PBX  
601 5190088

Contact Center  
601 5190342

@EcoopsosEPS

@ecoopsos\_eps





COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

169

El(la) Señor(a) MARIA HELENA SANCHEZ SABOGAL identificado(a) con C.C No. 39.673.830, 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 19 de julio 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](http://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  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIA HELENA SANCHEZ SABOGAL**, número de identificación **39673830**, está afiliado (a) desde **07/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 07/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C51944536	BARAHONA FLOR HERMINDA	11/07/2022		19418146	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**SaludTotal** EPS-S

No de Radicación

4008601333

Fecha de Radicación

1/9/07/2/0/2/2

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres BARAHONA Primer apellido	MORENO Segundo apellido	FLOR Primer nombre	HERMINDA Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 51944536	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 1/4/03/19/6/8

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Tipo de discapacidad 6	12. Discapacidad Tipo FNM Condición TIP	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	16. Administradora de Pensiones PROTECCION	17. Ingreso base de cotización - IBC 1000000	
18. Residencia CL 13 B 2 39 SUR Dirección	3219033987 Teléfono celular	FLORBARAHONAFLOR@GMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	BOGOTA Departamento	

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS 20 DE JULIO - UOD DENTOLASER 20 DE JULIO	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VS20JULI - DENTO20JUL
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de Identificación 901351411	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470 Teléfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito



## B. REPORTE DE NOVEDADES

## 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen  
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

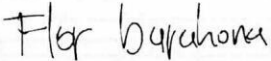

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Segundo nombre					
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha	
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		11/07/2022	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		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 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 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 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 celular como mensaje de texto.

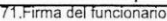
## VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐  
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
57. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. ☐ Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. ☐ Copia orden judicial o 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 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN		68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio		Número ficha		Puntaje		Nivel	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
70. Datos funcionario que realiza la validación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Observaciones							

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **FLOR HERMINDA BARAHONA MORENO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **51944536**, se encuentra afiliado/a desde **31/07/1991** 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 19 de julio de 2022.



**Blanca Nubia Ramirez Aldana**  
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.







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **FLOR HERMINDA BARAHONA MORENO**, número de identificación **51944536**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.


Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253

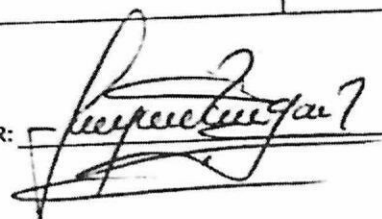


FR-SST-003-02	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
10/06/2020		

CENTRO DE COSTOS: SED BOSCHA LAS UILLAS

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo vigentes que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.  
 Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo sin pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA.  
 El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Nº	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE ENTREGA	GUANTE AMARILLO	GUANTE NEGRO	GUANTE ROJO	TAPABOCAS	PROTECTOR	COPI	UNIFORME	DELANTAL	CAPA	PROTECCIÓN	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	53089656	Maria Teresa Beltran	07-07-2022		X	X	X											Teresa Beltran
2	39164306	Luz Marina Ramirez	07-07-2022		X	X	X											Luz Marina Ramirez
3	76201255	Luz Marina Ramirez	07-07-22		X	X	X											Luz Marina Ramirez
4	39164331	Elizabeth Cabezas	07-07-22		X	X	X											Elizabeth Cabezas
5	52113269	Cristina Chacón P.	07-07-22		X	X	X											Cristina Chacón P.
6	50000643	Carolina Branda	07-07-22		X	X	X											Carolina Branda
7	51975521	Yaciro Guadalupe C.	07-07-22		X	X	X											Yaciro Guadalupe C.
8	52348290	Miguel Gonzalez	07-07-22		X	X	X											Miguel Gonzalez
9	103688783	ERIKA GONZALEZ AMAYA	07-07-22		X	X	X											ERIKA G.
10	51940536	Ela Barahona	07-07-22		X	X	X											Ela Barahona
11	39673830	Helena Sanchez	07-07-22		X	X	X											Helena Sanchez
12	26441888	Luz Heron Silva	07-07-22		X	X	X											Luz Heron Silva
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: 

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes



CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA EDUARDO SANTOS	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 10ª # 2ª - 41	TELEFONO	

RELACION DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
1005772808	DIAZ MANCERA MAYRA ALEJANDRA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
52757676	CARRILLO SANCHEZ MARIA ROCIO	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
21476045	GARCIA GOMEZ BLANCA SORANY	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
1012345023	MORENO RODRIGUEZ JENNIFER CATHERINE	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
52899383	RODRIGUEZ CASTAÑO JOHANNA ANDREA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
26274391	PALACIOS PALACIOS MARIA MARICEL	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
39676259	CARRANZA MONTEALEGRE SONIA PAOLA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
30088484	BELEÑO RIOS ZAIRA PATRICIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20

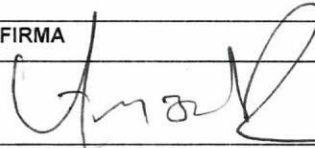
8=20

PORFAVOR MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PRESTACION QUE CONSIDERA EN CADA ITEM (E=EXCELENTE; B=BUENO; R=REGULAR; D=DEFICIENTE)

Calidad del aseo en áreas	Calidad del aseo de muebles y equipos	Recolección y disposición de residuos	Uso adecuado de maquinaria y utensilios para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de la dotación y presentación personal de las gestoras y gestores
E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D
X	X	X	X	X	X

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Lic. HEMBER MANUEL RODRIGUEZ RODRIGUEZ	79.753.435	





CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA EDUARDO SANTOS	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 10ª # 2ª - 41	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
52393093	GLADIS ADRIANA PINILLA RODRIGUEZ	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede principal 1
52240068	LUZ ENITH GUTIERREZ CARMONA	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede principal 1
26441488	LUZ MIRIAM SILVA RIVERA	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede Panamericana 1
39674671	FABIOLA CORREA SIERRA	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede Panamericana 1
51965391	CARMEN ROSA CASALLAS RODRIGUEZ	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Cien Familias 2
1012383917	ANA MARIA VARON LOZANO	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Altos de la Florida 2
26274391	PALACIOS PALACIOS MARIA MARICEL	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Florida 2

4= 1 dia  
3= 2 dias

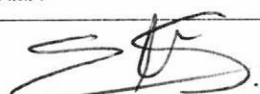
PORFAVOR MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PRESTACION QUE CONSIDERA EN CADA ITEM (E=EXCELENTE; B=BUENO; R=REGULAR; D=DEFICIENTE)

Calidad del aseo en áreas	Calidad del aseo de muebles y equipos	Recolección y disposición de residuos	Uso adecuado de maquinaria y utensilios para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de la dotación y presentación personal de las gestoras y gestores
E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D
	X		X	X	X

Observación del servicio

SE OBSERVO QUE EN TODAS LAS SEDES DEJERON LOS IMPLEMENTOS DE ASEO UTILIZADOS EN MAL ESTADO DE ASEO (SUCIOS)

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
ELIANA CATERINE CASTRO SOSA	1024490864	

30

Fecha 7/07/2022

432  
681

Señores

Ins. edu. Eduardo Santos

señores. secretaria de educación de soacha

señores. Ecolimpieza

yo Luz Miriam Silva cc. 26441488 de huila

Por medio de la presente me dirijo a ustedes

Para comunicarles que el día 7 de julio del  
Presente año trabaje con ustedes en la  
Sede Panamericana las cuales al Terminar  
mi Turno deje mis elementos de Trabajo  
en la Sede Principal

muchas gracias x la atención prestada

CTT:

Luz Miriam Silva

cc. 26441488 - huila





Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C1005772808	DIAZ MANCERA MAYRA ALEJANDRA	11/07/2022		170b1374	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Página 1 de 2

## 1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de Afiliación A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: DIAZ Segundo apellido: MACEDA Primer nombre: MAURA Segundo nombre: ALEXANDRA	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1005772808	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 27-03-2002
--	---	--	--	---------------------------------------

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1'000.000
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA	16. Administradora de Pensiones BOVENIR	17. Ingreso base de cotización - IBC \$ 1'000.000	18. Residencia Calle: CALLE 41-40 Teléfono fijo: 321952641 Teléfono celular: 321952641 Correo electrónico: maura.alexandra.diaz@ecorimpe.com
19. Municipio/Distrito SOACHA	20. Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	21. Localidad/Comuna PARQUES	22. Departamento CUNDINAMARCA

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
--	------------------------------------	---------------------------------------	---	--

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido: Segundo apellido: Primer nombre: Segundo nombre:	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
B1				D D M M A A A A
B2				D D M M A A A A
B3				D D M M A A A A
B4				D D M M A A A A
B5				D D M M A A A A

## Datos complementarios.

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: E N M T P
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

## 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)
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

## Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social UNION TEMPORAL Ecorimpe	36. Tipo de documento de identificación NIT	37. Número del documento de identificación 901351411-8	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Calle 17 # 33-54 Dirección	39. Ubicación 315251000 Teléfono	39. Ubicación Calle 17 # 33-54 Correo electrónico	39. Ubicación BOGOTÁ Municipio/Distrito



No. de Radicación

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

**40. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.  
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.  
☐ 3. Actualización del documento de identidad.  
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.  
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS  
Código  
☐ 6. Reinscripción en la EPS.  
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.  
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.  
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.  
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  
13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado  
14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen  
☐ B. Diferente Régimen  
☐ 15. Reporte de fallecimiento.  
☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.  
☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado  
☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

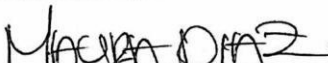
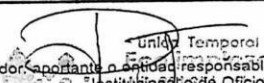
**41. Datos básicos de identificación**

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de Identificación	Número del documento de identidad	Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha		
				A A M M A A A A		11/09/2012	
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 impidan 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 al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario  55. El empleador, representante o entidad responsable de la afiliación colectiva.  Unida Temporal  
Institución de Oficio

**XI. ANEXOS**

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

- ☐ 57. Copia del dictamen de Incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.  
☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.  
☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de 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 SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
				DD MM AAAA	DD MM AAAA

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario			

**OBSERVACIONES:**

Op. ASCO

**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:**

**MAYRA ALEJANDRA DIAZ MANCERA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.772.808**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Julio del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

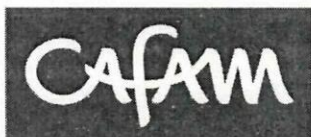


**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MAYRA ALEJANDRA DIAZ MACERA**, número de identificación **1005772808**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C52757676	CARRILLO SANCHEZ MARIA ROCIO	11/07/2022		45177126	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) MARIA ROCIO CARRILLO SANCHEZ identificado(a) con cedula ciudadanía 52757676, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA NIT 901351411, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220711	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Julio de 2.022

**Observaciones:**

**Con destino a:**  
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS  
CER-AFI 19422741



**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:**

**MARIA ROCIO CARRILLO SANCHEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.757.676**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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.





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIA ROCIO CARRILLO SANCHEZ**, número de identificación **52757676**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

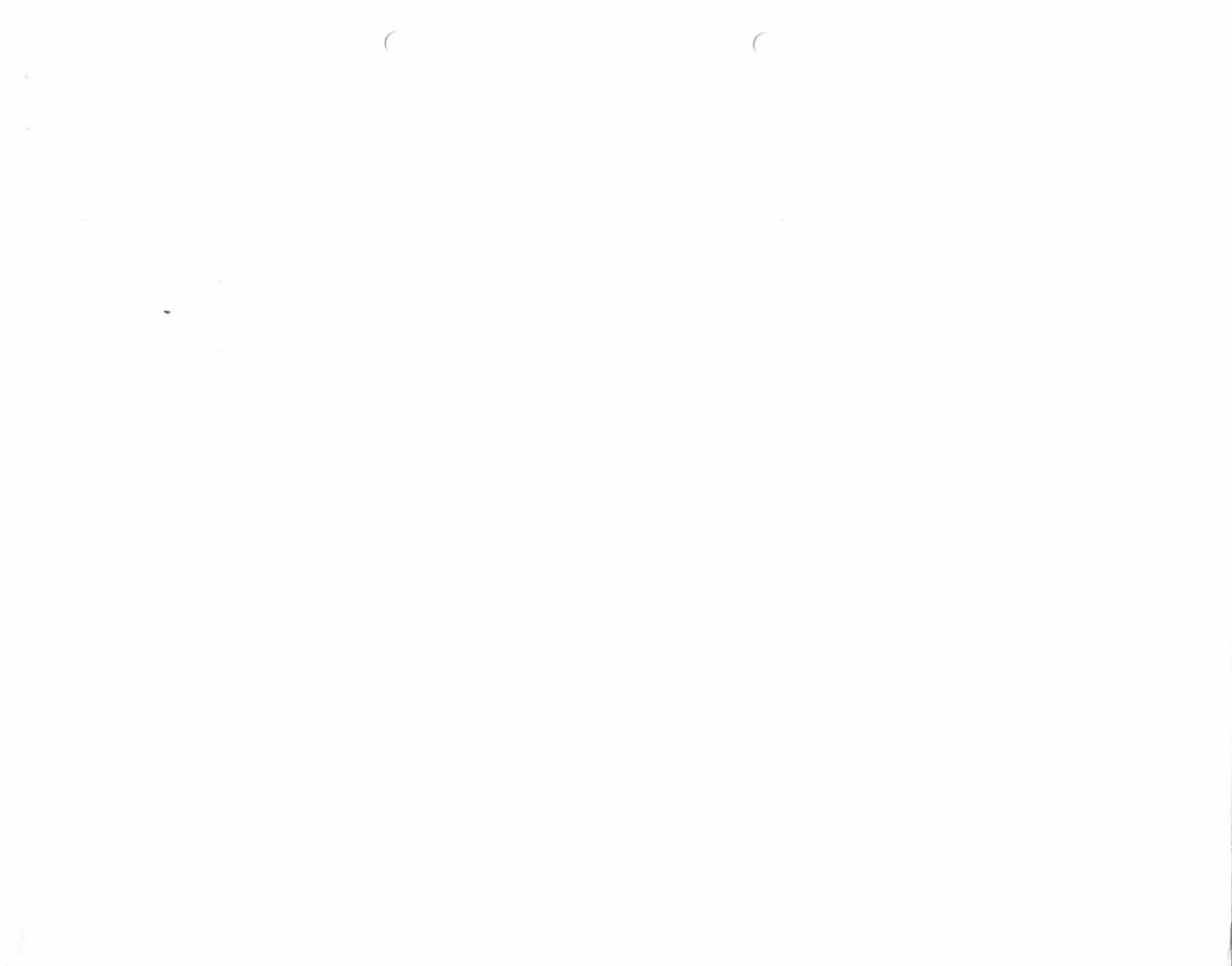
Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellin, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C21476045	GARCIA GOMEZ BLANCA SORANY	11/07/2022		11124432	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57



9008980268  
9008980268

No. de Radicación  
24220128

Fecha de Radicación  
17/07/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite  
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación  
A. Individual - Cotizante o cabeza de familia ☒ B. Cotizante ☒ C. Cotizante o cabeza de familia ☒ D. De unión ☒

3. Régimen  
A. Contributivo ☒ B. Parafiscal ☒ C. Subsidio ☒ D. De unión ☒

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 **GARCIA GOMEZ BLANCA SORANY**

7. Tipo de documento de identidad **CC** 8. Número del documento de identidad **21476045** 9. Sexo **Femenino** ☒ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento **01/12/1977**

11. Etnia **SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA** 12. Discapacidad **Condición** 13. Puntaje SISBÉN **1** 14. Grupo de población especial **SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA** 15. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC **\$1.000.000** 18. Residencia

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 **GARCIA GOMEZ BLANCA SORANY**

20. Tipo de documento de identidad **CC** 21. Número del documento de identidad **21476045** 22. Sexo **Femenino** ☒ Masculino ☐ 23. Fecha de nacimiento **01/12/1977**

24. Apellidos y nombres **GARCIA GOMEZ BLANCA SORANY**

25. Tipo de documento de identidad **CC** 26. Número del documento de identidad **21476045** 27. Sexo **Femenino** ☒ Masculino ☐ 28. Fecha de nacimiento **01/12/1977**

29. Parentesco **Conyuge** 30. Etnia **SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA**

31. Discapacidad **Condición** 32. Datos de residencia **Municipio/Distrito** **Departamento** **Teléfono fijo y/o celular**

33. Valor de la IUPC 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)**

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 ECOLIMPIEZA** 36. Tipo de documento de identificación **NT** 37. Número del documento de identificación **901351411**

38. Ubicación **CALLE 25 B 85 B -83 BARRIO** 39. Código postal **6332795** 40. Ciudad **BOGOTA** 41. Departamento **DISTRITO CAPITAL**

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. 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 conexión 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 incorporación ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad sujeta para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad sujeta para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad A Régimen Contributivo ☐ 14. Régimen Subordinado ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación **GARCIA GOMEZ BLANCA SORANY**

42. Tipo de documento de identidad **CC** 43. Número del documento de identidad **21476045** 44. Sexo **Femenino** ☒ Masculino ☐ 45. Fecha de nacimiento **01/12/1977**

46. Fecha de la novedad **17/07/2022**

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 la no existencia de alianza al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

50. Declaración de exclusión de la relación de fuerza mayor o caso fortuito que impidan el pago de los aportes que acreditan la condición de beneficiarios.

51. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Previdente de Seguro de Salud.

52. Declaración de no haber sido objeto de una historia clínica del paciente o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

53. Declaración de que la EPS maneja la información que se genera de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que son las encargadas de la recepción.

54. Declaración de que la EPS maneja 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 1577 de 2010.

55. Declaración de que la EPS envía información al banco gestor de afiliados y afiliados con respecto al pago.

VIII. FIRMAS

**BLANCA GARCIA** **Unión Temporal ECOLIMPIEZA**

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: **CC** **PG** **T** **SE** **PN** **CE** **CO** **RC** **TR**

57. Copia del acta de inscripción permanente emitida 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 formación 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 administrativa 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 sujeta por el juzgado 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 sujeta para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acta administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que se ordena la calidad de beneficiario o se ordena la afiliación de dicho.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial **Código del municipio** **Código del departamento** **Puntaje** **Nivel** **Fecha de radicación** **Fecha de validación**

67. Datos del funcionario que realiza la validación **Primer apellido** **Segundo apellido** **Nombre**

68. Tipo de documento de identidad **CC** 69. Número del documento de identidad **CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES**

70. Firma del funcionario





7744  
692

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA GOMEZ BLANCA SORANY** identificado(a) con **CC** número **21.476.045** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de abril de 2019 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 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de julio de 2022.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

**\*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](http://www.proteccion.com)

2022071911482





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **BLANCA SORANY GARCIA GOMEZ**, número de identificación **21476045**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C1012345023	MORENO RODRIGUEZ JENNIFER CATHERINE	11/07/2022		21925324	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57







NIT 830.003.554-7

## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9008980271  
9008980271No. de Radicación  
24220132

Fecha de Radicación

17/07/2022

Código (a registrar por la EPS)

## I. DATOS DEL TRAMITE

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. Subsidiado	4. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
--	--	--	--	---

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

6. Apellidos y nombres MORENO RODRIGUEZ JENIFFER CATHERINE	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1012345023	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 18/07/1988
---	---	--	--	---------------------------------------

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.000.000	18. Residencia				

## 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------	----------------	-----------

31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPG 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)
---	---

## 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 ECOLIMPIEZA	36. Tipo de documento de identificación NT	37. Número del documento de identificación 901351411	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) BOGOTA DISTRITO CAPITAL
39. Ubicación CALLE 25 B 85 B -83 BARRIO	40. Código de identificación 6332795	41. Ciudad y departamento BOGOTA DISTRITO CAPITAL	

## B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad	43. Modificación de datos básicos de identificación	44. Corrección de datos básicos de identificación	45. Actualización del documento de identidad	46. Actualización y corrección de datos complementarios	47. Terminación de la inscripción en la EPS	48. Cese de cotización en la EPS	49. Inclusión de beneficiario o de afiliados adicionales	50. Exclusión de beneficiario o de afiliados adicionales	51. Inicio de relación laboral o cotización de cotizante para cotizar	52. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	53. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	54. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	55. Movilidad A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado C. Régimen Transitorio A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen	56. Reporte de fallecimiento	57. Reporte del trámite de provisión al cesante	58. Reporte de la calidad de Pre-pensionado	59. 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 Fecha de nacimiento	42. Fecha de novedad 11/07/2022
---	------------------------------------

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

43. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	44. Declaración de no obligación de afiliación al Régimen Contributivo, Racional o de Excepción	45. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	46. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en un sistema de información de la EPS	47. Autorización para que la EPS recoja y procese los datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	48. Autorización para que la EPS recoja y procese 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 lo reportan	49. 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 1591 de 2012 y el Decreto 1577 de 2013	50. Autorización para que la EPS maneje información al respecto 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 reportan
---	---	---	--	---	--	---	---

## VIII. FIRMAS

51. Firma del cotizante o cabeza de familia JENIFFER MORENO	52. Firma del representante legal de la entidad territorial
--	---

## IX. ANEXOS

53. Anexo copia del documento de cotización	54. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente	55. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	56. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la división de bienes, 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	57. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor	58. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia	59. Copia del documento en que conste la pérdida de la fuerza pública o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el notario sobre la ausencia de los dos padres	60. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud	61. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	62. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que se ordena la afiliación o se ordena la afiliación de ellos
---	--	--	---	---	--	--	---	---	---

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

63. Identificación de la entidad territorial Código del municipio Código del departamento	64. Datos del SISBEN Número de la ficha Puntaje Nivel	65. Fecha de radicación	66. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES			

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2015





**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:**

**JENIFFER CATHERINE MORENO RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.345.023**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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.







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JENIFFER CATHERINE MORENO RODRIGUEZ**, número de identificación **1012345023**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellin, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C52899383	RODRIGUEZ CASTAÑO JOHANNA ANDREA	11/07/2022		47200139	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





CE-006 - 0000000100 - 2022

## CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52899383
NOMBRES Y APELLIDOS	Rodriguez Castaño, Johanna Andrea ✓
TIPO DE AFILIADO	Titular ✓
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente ✓
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente ✓
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo ✓

La presente se expide a nombre de Rodriguez Castaño, Johanna Andrea, a los 22 días del mes de julio del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación







**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:**

183

**JOHANNA ANDREA RODRIGUEZ CASTAÑO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.899.383**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

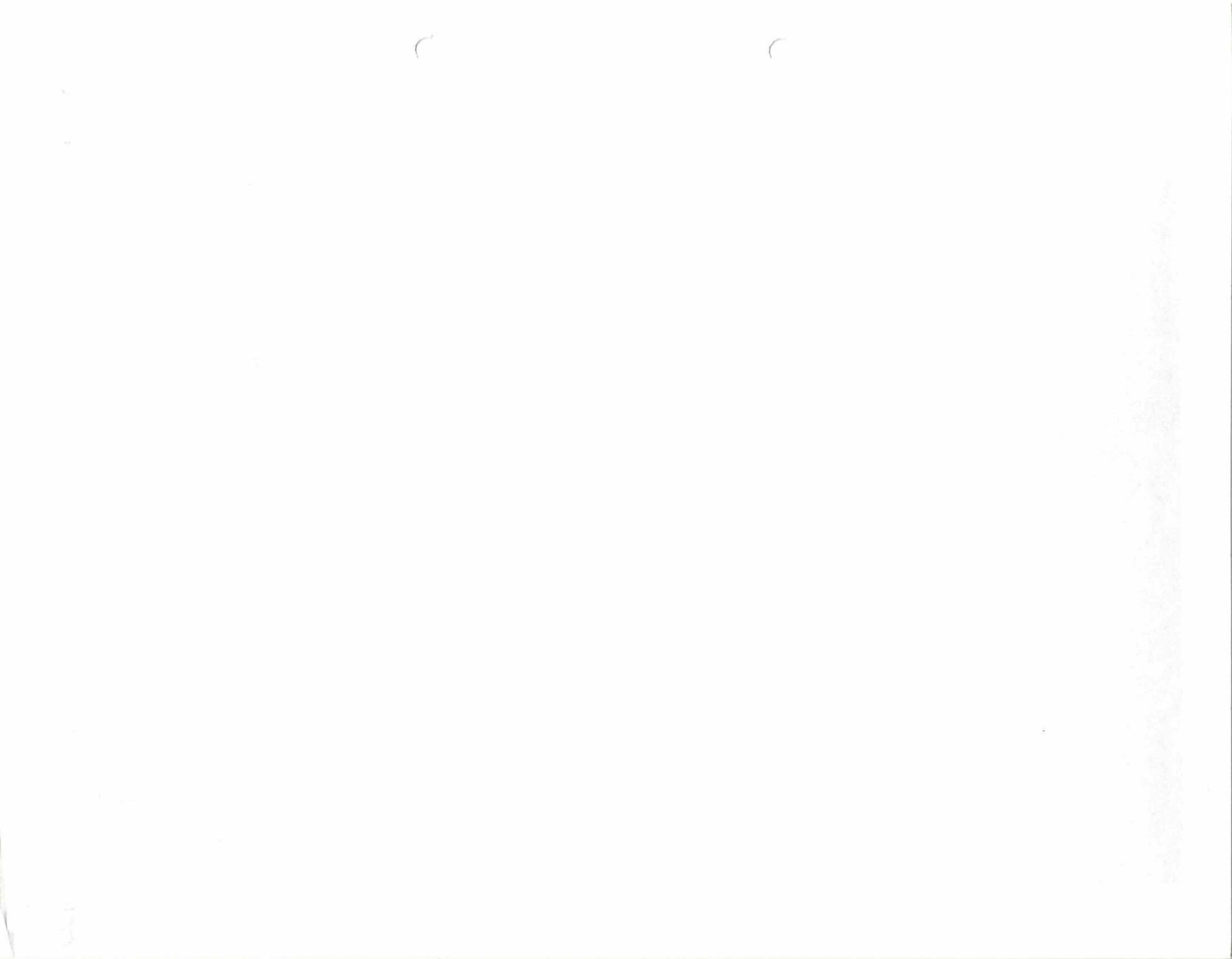
Cordialmente,

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.





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JOHANNA ANDREA RODRIGUEZ CASTAÑO**, número de identificación **52899383**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellín, 22 de Julio de 2022

**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 ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C26274391	PALACIOS PALACIOS MARIA MARICEL	05/07/2022		40931820	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220335573

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 22/07/2022 09:52:52.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57



## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**SaludTotal** EPS-S

No de Radicación

4008568627

Fecha de Radicación

1/2/07/2/02/2

## 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 afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/>	B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual:	- Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	
		B. Colectiva <input type="checkbox"/>	- Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/>	B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		6. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>	C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/>	B. Independiente <input type="checkbox"/>	C. Pensionado <input type="checkbox"/>
				1	

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres		7. Tipo documento de Identidad		8. Número del documento de Identidad		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
PALACIOS Primer apellido		PALACIOS Segundo apellido		MARIA Primer nombre		MARICEL Segundo nombre			
CC		26274391		Femenino <input checked="" type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>		1/2/10/19/7/8	

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo F/N/H		Condición TIP			
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		PROTECCION		1000000			
18. Residencia		19. Teléfono fijo		20. Teléfono celular		21. Correo electrónico	
CL 54 12 76 Dirección		BOGOTA Municipio/Distrito		3142521655 Teléfono celular		MARIHELENAFERNANDA@GMAIL.COM	
		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/>		Localidad / comuna		BOGOTA Departamento	

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido		Segundo apellido	
20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad	
22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Femenino <input type="checkbox"/>		Masculino <input type="checkbox"/>	

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

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido		Segundo apellido	
Primer nombre		Segundo nombre	
B1		B2	
B3		B4	
B5			
25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad	
B1		B2	
B3		B4	
B5			
27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Femenino		Masculino	

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		Condición	
B1		F		Tipo N		M	
B2						Y	
B3						P	
B4							
B5							
32. Datos de residencia							
Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono Fijo y/o celular	
B1		Urbana					
B2		Rural					
B3							
B4							
B5							
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)							

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS		VSAMERICAS - UODCPOAMER	
B			
B			
B			

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

35. Nombre o razón social		36. Tipo de identificación		37. Número de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA		NIT		901351411		01	
39. Ubicación		7000470		AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM		BOGOTA	
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/distrito	
Dirección						BOGOTA	



## B. REPORTE DE NOVEDADES

## 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen  
☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

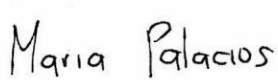
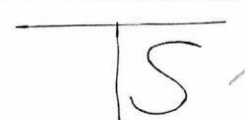
## 41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento		42.Fecha 01/07/2012	
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		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 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 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 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 celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐  
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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 ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario					
Observaciones									

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

715X  
704

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PALACIOS PALACIOS MARIA MARICEL** identificado(a) con CC número **26.274.391** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 05 de marzo de 2015 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de julio de 2022.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

**\*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](http://www.proteccion.com)

2022071911363







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIA MARICEL PALACIOS PALACIOS**, número de identificación **26274391**, está afiliado (a) desde **05/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 05/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



#59  
706



Medellin, 07 de Julio de 2022

## 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C39676259	CARRANZA MONTEALEGRE SONIA PAOLA	11/07/2022		3417028w	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





Bogotá, 16 de julio de 2022

Nit. 901093846-0

Señores

**UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA**

CALLE 25B NO 85B 83 SANTA CECILIA MODELIA

NI 901351411

Bogotá D.C.

Ref. Radicación de Formulario Único De Afiliación y Registro De Novedades al SGSS

Cordial saludo,

Una vez verificada la información contenida en los documentos entregados por su entidad, en relación con la afiliación del usuario(a) SONIA PAOLA CARRANZA MONTEALEGRE CC 39676259 y conforme a los soportes de vinculación al régimen contributivo, nos permitimos manifestar que se realizó de manera exitosa la radicación de la **Novedad de Movilidad** con fecha de inicio laboral 11/07/2022, acorde con el "FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES DENTRO DEL SGSSS" diligenciado por el aportante y con fecha de radicación el día 14/07/2022.

Es importante que tenga en cuenta lo establecido en el Decreto 780 de 2016 en el Artículo 2.1.7.10.


*"...Efectividad de la novedad de Movilidad. La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado, una vez registrada en el Sistema de Afiliación Transaccional en los términos del artículo 2.1.7.8 del presente decreto, producirá efectos a partir del día siguiente al vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si el afiliado cotizante tuviere derecho a ellos; si no los tuviere, a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.*

*La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la novedad de movilidad en el Sistema de Afiliación Transaccional.*

*Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, una vez suscrito y radicado el formulario físico que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos previstos en el artículo 2.1.7.7 del presente decreto..."*

Cualquier aclaración sobre el particular con gusto será atendida a través del correo electrónico [contributivo@ecoopsos.com.co](mailto:contributivo@ecoopsos.com.co) o por medio de nuestra línea del Contact Center: (1) 5190342.

Cordialmente,

  
JIMMY MAURICIO ZIPA LEMUS  
DIRECTOR DE OPERACIONES  
Elaboró: AMSR

[ecoopsos.com.co](http://ecoopsos.com.co)

Calle 35 No-7-25 piso 12, Bogotá D.C

 PBX  
601 5190088

 Contact Center  
601 5190342

 @EcoopsosEPS

 ecoopsos\_eps





**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:**

**SONIA PAOLA CARRANZA MONTEALEGRE**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.676.259**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Julio del 2022.

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.





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SONIA PAOLA CARRANZA MONTEALEGRE**, número de identificación **39676259**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C30088484	BELEÃO RIOS ZAIRA PATRICIA	11/07/2022		20121292	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) **ZAIRA PATRICIA BELEÑO RIOS**, identificado(a) con cedula ciudadanía 30088484, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa **UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA NIT 901351411**, en calidad de **DEPENDIENTE** según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220711	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Julio de 2.022

**Observaciones:**

**Con destino a:**  
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS  
CER-AFI 19422778



**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:**

**ZAIRA PATRICIA BELEÑO RIOS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **30.088.484**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Julio del 2022.

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.







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ZAIRA PATRICIA BELEÑO RÍOS**, número de identificación **30088484**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.


Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



FR-SST-003-02	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
10/06/2020		

CENTRO DE COSTOS: SED SOACHA - EDUARDO SANTO

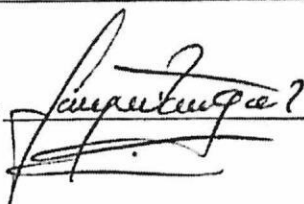
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo vigentes que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo sin pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

Nº	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE ENTREGA	GUANTE AMARILLO	GUANTE NEGRO	GUANTE ROJO	TAPABOCAS	PROTECTOR	COPI	UNIFORME	DELANTAL	CAPA	PROTECCIÓN	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	1-012-34503	Jennifer Catherine Moreno	02-02-22	X	X	X												JENNIFER MORENO
2	52879383	Johanna Andrea Rodríguez	02-02-22	X	X	X												JOHANNA A. RODRIGUEZ
3	52876880	Leidy Johanna Riquelme	02-02-22	X	X	X												LEIDY JOHANNA RIQUELME
4	52757676	Maria Rocio Castillo	02-02-22	X	X	X												MARIA ROCIO CASTILLO
5	7147666	Blanca Gaitan	02-02-22	X	X	X												Alejandro Ruizmanera
6	1005772903	Alejandro Diaz M	02-02-22	X	X	X												Blanca
7	26274391	Harra Palacios	02-02-22	X	X	X												Harra Palacios
8	30088484	Zaira Boleño	02-02-22	X	X	X												Zaira
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR:



SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

774





CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA RICAURTE	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CARRERA 5 ESTE # 24 -40	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
20755701	SOTO VELASQUEZ DYNORA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	
1073670530	CARDONA HENAO VIVIANA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
51912080	LOPEZ SANCHEZ NANCY	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
68304183	GARZON MARTINEZ DORIS MERY	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
1024586070	BELLO VARGAS YESMITH LORENA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
39673630	MOSQUERA ARIZA LEONOR	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20
39665286	MORENO VILLALBA MIRIAM	11 Julio 2022	31 Julio 2022	20

7 = 20

PORFAVOR MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PRESTACION QUE CONSIDERA EN CADA ITEM (E=EXCELENTE; B=BUENO; R=REGULAR; D=DEFICIENTE)

Calidad del aseo en áreas	Calidad del aseo de muebles y equipos	Recolección de residuos	Uso adecuado de maquinaria y utensilios para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de la dotación y presentación personal de las gestoras y gestores
E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D
X	X	X	X	X	X

Observación del servicio

Felicitaciones a todo el grupo de trabajo de Servicios Gerenciales de la IE Ricaurte y a la Coordinadora Lesly.

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Carlos Herman Silva Beltrán	79207893	





776

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA RICAURTE	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CARRERA 5 ESTE # 24 -40	TELEFONO	7128516

#### RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
20755701	SOTO VELASQUEZ DYNORA	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede Principal 1
39664733	TERESA DE JESUS TORRES RIOS	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede Principal 1
53079964	AIDA PIEDAD CASTANEDA SANCHEZ	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede Porvenir 1
55165180	MARIA CECILIA SANCHEZ IZASA	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede España 1
52528164	NORMA LETICIA OJEDA CARACAS	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Esperanza 2

4 = 1 día  
1 = 2 días

PORFAVOR MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PRESTACION QUE CONSIDERA EN CADA ITEM (E=EXCELENTE; B=BUENO; R=REGULAR; D=DEFICIENTE)

Calidad del aseo en áreas	Calidad del aseo de muebles y equipos	Recolección y disposición de residuos	Uso adecuado de maquinaria y utensilios para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de la dotación y presentación personal de las gestoras y gestores
E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D
X	X	X	X	X	X

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Claudia P. Carrillo	39677421	



777

Medellín, 11 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C20755701	SOTO VELASQUEZ DYNORA	05/07/2022		12416722	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952219256318

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57







CE-006 - 0000000100 – 2022

### CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 20755701 ✓
NOMBRES Y APELLIDOS	Soto Velasquez, Dynora ✓
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2014
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente ✓
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lozano Calderon, Leonardo , a los 19 días del mes de julio del año 2022.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación



**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:**

**DYNORA SOTO VELASQUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.755.701**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DYNORA SOTO VELASQUEZ**, número de identificación **20755701**, está afiliado (a) desde **05/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 05/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellín, 07 de Julio de 2022 ✓

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C1073670530	CARDONA HENAO VIVIANA ✓	11/07/2022 ✓		11612201	DEPENDIENTE ✓

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) VIVIANA CARDONA HENAO identificado(a) con cedula ciudadanía 1073670530, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA NIT 901351411, en calidad de DEPENDIENTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220711	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 25 días del mes de Julio de 2.022

**Observaciones:**

**Con destino a:**  
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS  
CER-AFI 19422769



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

186

El(la) Señor(a) VIVIANA CARDONA HENAO, identificado(a) con C.C No. 1.073.670.530, 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 19 de julio 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](http://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  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **VIVIANA CARDONA HENAO**, número de identificación **1073670530**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



7778  
725

Medellín, 07 de Julio de 2022

## 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C51912080	LOPEZ SANCHEZ NANCY	11/07/2022		32173136	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

Página 1 de 2

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> -Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de Afiliación A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: <u>LOPEZ</u> Segundo apellido: <u>SANCHEZ</u> Primer nombre: <u>NANCY</u> Segundo nombre:	7. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	8. Número del documento de identidad <u>51912080</u>	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <u>29081964</u>
---	--	---	--	--

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Ingreso base de cotización - IBC <u>\$1.000.000</u>
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <u>SURA</u>	16. Administradora de Pensiones <u>POBENIR</u>	17. Residencia <u>C/ 29 #66-61 este.</u> Teléfono fijo: <u>313748814</u> Teléfono celular: <u>313748814</u> Correo electrónico: <u>nancy19@gmail.com</u>	18. Municipio/Distrito <u>SOACHA</u> Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad/Comuna: <u>CENTRO</u> Departamento: <u>CUNDINAMARCA</u>

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido: <u>LOPEZ</u> Segundo apellido: <u>SANCHEZ</u> Primer nombre: <u>NANCY</u> Segundo nombre:	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento <u>DDMMAAAA</u>
--	------------------------------------	---------------------------------------	---	--

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido: <u>B1</u> Segundo apellido: <u>B2</u> Primer nombre: <u>B3</u> Segundo nombre: <u>B4</u>	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento <u>DDMMAAAA</u>
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

## Datos complementarios.

29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5	30. Etnia B1 B2 B3 B4 B5	31. Discapacidad Tipo: E N M T P B1 B2 B3 B4 B5	32. Datos de residencia Municipio/Distrito: <u>SOACHA</u> Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: <u>CUNDINAMARCA</u> Teléfono Fijo y/o celular: <u>313748814</u>	33. Valor de la UPC el afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--	---	---	--	--

## Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social <u>UNION TEMPORAL Ecotimpeza</u>	36. Tipo de documento de identificación <u>NIT</u>	37. Número del documento de identificación <u>901351411-8</u>	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Calle 17 #33-54 Dirección	352579000 Teléfono	ecotimpeza@gmail.com Correo electrónico	BOGOTÁ Municipio/Distrito



No. de Radicación

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

**40. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.  
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.  
☐ 3. Actualización del documento de identidad.  
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.  
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS  
Código  
☐ 6. Reinscripción en la EPS.  
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.  
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.  
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.  
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  
13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado  
14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen  
☐ B. Diferente Régimen  
☐ 15. Reporte de fallecimiento.  
☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.  
☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado  
☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

**41. Datos básicos de identificación**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de Identidad		Fecha de nacimiento	42. Fecha
Número del documento de identidad		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	11/09/2022
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 al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio.

**XI. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de Identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC  
Cantidad: Total

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.  
☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.  
☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.  
☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.  
☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.  
☐ 62. 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 SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
		DD MM AAAA	DD MM AAAA

**70. Datos del funcionario que realiza la validación**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		71. Firma del funcionario	
Número del documento de identidad			

**OBSERVACIONES:**

Op. ASCO



**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:**

**NANCY LOPEZ SANCHEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.912.080**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **NANCY LOPEZ SANCHEZ**, número de identificación **51912080**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C68304183	GARZON MARTINEZ DORIS MERY	11/07/2022		239j2058	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57







NIT 830.003.564-7

9008980276  
9008980276

No. de Radicación  
24220138

Fecha de Radicación

17/07/2022

Código (a registrar por la EPS)

## I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Cotizante C. Institución D. De otro	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	4. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente C. Pensionado
--	--	--	--	---

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

6. Apellidos y nombres GARZON MARTINEZ DORIS MERY	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 68304183	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	10. Fecha de nacimiento 06/06/1977
--	---	--	---	---------------------------------------

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de vulnerabilidad especial	15. Administradora de riesgos laborales - ART SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.000.000	18. Residencia				

## 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 <input type="checkbox"/> Masculino	23. Fecha de nacimiento
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
-------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------	----------------	-----------

31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	33. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural	34. Departamento	35. Teléfono fijo y/o celular	36. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
--	---	---	------------------	-------------------------------	---

37. Selección de la IPS Primaria	38. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	39. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
----------------------------------	---	---

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

40. Nombre o razón social UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	41. Tipo de documento de identificación NT	42. Número del documento de identificación 901351411	43. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) BOGOTA DISTRITO CAPITAL
44. Ubicación CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO	45. Código postal 6332795	46. Ciudad o municipio BOGOTA	47. Departamento DISTRITO CAPITAL

## E. REPORTE DE NOVEDADES

48. Tipo de Novedad	49. Modificación de datos básicos de identificación	50. Corrección de datos básicos de identificación	51. Actualización del documento de identidad	52. Actualización y corrección de datos complementarios	53. Terminación de la inscripción en la EPS	54. Cese de la inscripción en la EPS	55. Ingresión de beneficiarios o de afiliados adicionales	56. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	57. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	58. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	59. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	60. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas	61. Movilidad A. Régimen Contributivo	62. Régimen Subsidiado	63. Traslado A. Mismo Régimen	64. Diferente Régimen	65. Reporte de fallecimiento	66. Reporte del cambio de profesión al presente	67. Reporte de la calidad de Pre-pensionado	68. Reporte de la calidad de Pensionado
---------------------	---	---	--	---	---	--------------------------------------	---	---	--	---	--	--	---------------------------------------	------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------------	---	---	---

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha de nacimiento	43. Fecha de novedad
44. Tipo de documento de identidad	45. Número del documento de identidad	46. Tipo de novedad
47. EPS anterior	48. Motivo de traslado	49. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

50. Declaración de la declaración económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	51. Declaración de la no afiliación de los beneficiarios o afiliados adicionales al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	52. Declaración de la existencia de relaciones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	53. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	54. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	55. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	56. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	57. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	58. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	59. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	60. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	61. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	62. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	63. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	64. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	65. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	66. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	67. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	68. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	69. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud	70. Declaración de la no inscripción de los beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

## VIII. FIRMAS

71. Firma del cotizante o cabeza de familia DORIS GARZON	72. Firma del representante legal de la entidad territorial
---	---

## IX. ANEXOS

73. Anexa copia del documento de identidad	74. Anexa copia del documento de identidad	75. Anexa copia del documento de identidad	76. Anexa copia del documento de identidad	77. Anexa copia del documento de identidad	78. Anexa copia del documento de identidad	79. Anexa copia del documento de identidad	80. Anexa copia del documento de identidad	81. Anexa copia del documento de identidad	82. Anexa copia del documento de identidad	83. Anexa copia del documento de identidad	84. Anexa copia del documento de identidad	85. Anexa copia del documento de identidad	86. Anexa copia del documento de identidad	87. Anexa copia del documento de identidad	88. Anexa copia del documento de identidad	89. Anexa copia del documento de identidad	90. Anexa copia del documento de identidad	91. Anexa copia del documento de identidad	92. Anexa copia del documento de identidad	93. Anexa copia del documento de identidad	94. Anexa copia del documento de identidad	95. Anexa copia del documento de identidad	96. Anexa copia del documento de identidad	97. Anexa copia del documento de identidad	98. Anexa copia del documento de identidad	99. Anexa copia del documento de identidad	100. Anexa copia del documento de identidad
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

86. Identificación de la entidad territorial Código del municipio	87. Datos del SISBEN Número de la ficha	88. Fecha de radicación	89. Fecha de validación
90. Datos del funcionario que realiza la validación	91. Datos del funcionario que realiza la validación	92. Datos del funcionario que realiza la validación	93. Datos del funcionario que realiza la validación
94. Tipo de documento de identidad	95. Número del documento de identidad	96. Observaciones	97. Observaciones
98. Firma del autor	99. Firma del autor	100. CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	101. CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES



**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:**

**DORIS MERY GARZON MARTINEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **68.304.183**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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.







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DORIS MERY GARZON MARTINEZ**, número de identificación **68304183**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellín, 07 de Julio de 2022

## 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C1024586070	BELLO VARGAS YESMITH LORENA	11/07/2022		167k143s	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/07/2022, el empleador UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA identificado con NIT número 901351411 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4641844	15/07/2022	Reingresos

#### DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1024586070	YESMITHLORENA BELLO VARGAS	1000000	OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	2022-07-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Julio del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



**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:**

**YESMITH LORENA BELLO VARGAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.586.070**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Julio del 2022.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **YESMITH LORENA BELLO VARGAS**, número de identificación **1024586070**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellin, 07 de Julio de 2022 ✓

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C39673630	MOSQUERA ARIZA LEONOR ✓	11/07/2022 ✓		17540712	DEPENDIENTE ✓

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57



Bogotá, 16 de julio de 2022

Nit. 901093846-0

Señores

**UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA**

CALLE 25B NO 85B 83 SANTA CECILIA MODELIA

NI 901351411

Bogotá D.C.

Ref. Radicación de Formulario Único De Afiliación y Registro De Novedades al SGSS

Cordial saludo,

Una vez verificada la información contenida en los documentos entregados por su entidad, en relación con la afiliación del usuario(a) LEONOR MOSQUERA ARIZA CC 39673630 y conforme a los soportes de vinculación al régimen contributivo, nos permitimos manifestar que se realizó de manera exitosa la radicación de la **Novedad de Movilidad** con fecha de inicio laboral 11/07/2022, acorde con el "FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES DENTRO DEL SGSSS" diligenciado por el aportante y con fecha de radicación el día 14/07/2022.

Es importante que tenga en cuenta lo establecido en el Decreto 780 de 2016 en el Artículo 2.1.7.10.

*"...Efectividad de la novedad de Movilidad. La novedad de movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado, una vez registrada en el Sistema de Afiliación Transaccional en los términos del artículo 2.1.7.8 del presente decreto, producirá efectos a partir del día siguiente al vencimiento del período de protección laboral o del mecanismo de protección al cesante si el afiliado cotizante tuviere derecho a ellos; si no los tuviere, a partir del día siguiente al vencimiento del período o días por los cuales se efectuó la última cotización.*

*La novedad de movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo producirá efectos a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la novedad de movilidad en el Sistema de Afiliación Transaccional.*

*Parágrafo. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, una vez suscrito y radicado el formulario físico que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en los términos previstos en el artículo 2.1.7.7 del presente decreto..."*

Cualquier aclaración sobre el particular con gusto será atendida a través del correo electrónico [contributivo@ecoopsos.com.co](mailto:contributivo@ecoopsos.com.co) o por medio de nuestra línea del Contact Center: (1) 5190342.

Cordialmente,




JIMMY MAURICIO ZIPA LEMUS  
DIRECTOR DE OPERACIONES

Elaboró: AMSR

[ecoopsos.com.co](http://ecoopsos.com.co)

Calle 35 No.7-25 piso 12, Bogotá D.C.

 PBX  
601 5190088

 Contact Center  
601 5190342

 @EcoopsosEPS

 ecoopsos\_eps





COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEONOR MOSQUERA ARIZA identificado(a) con C.C No. 39.673.630, 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 19 de julio 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](http://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  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LEONOR MOSQUERA ARIZA**, número de identificación **39673630**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253

90

Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C39665286	MORENO VILLABA MIRIAM	11/07/2022		81803723	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

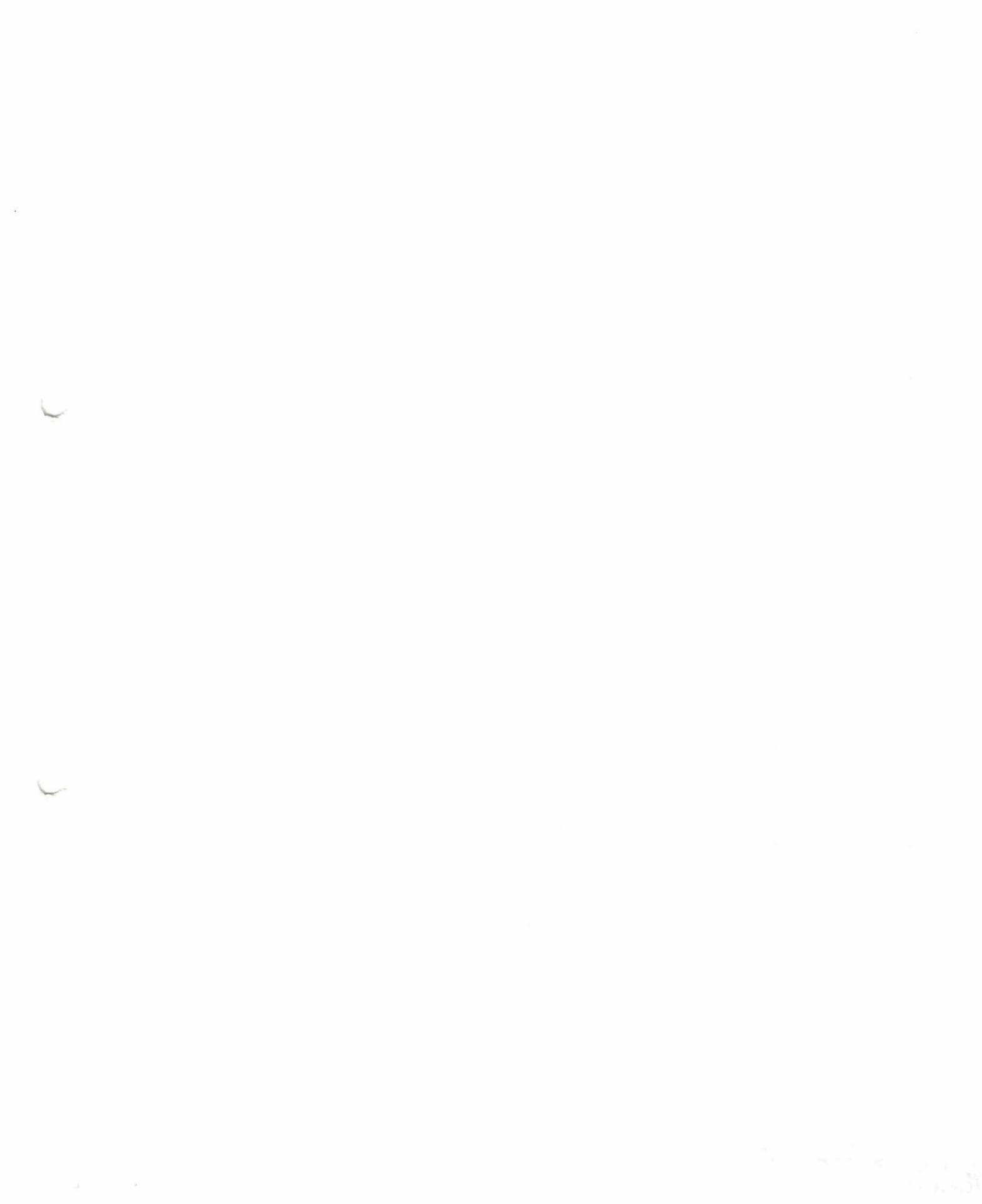
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





9008980250  
9008980250

No. de Radicación  
24220101

Fecha de Radicación  
17/07/2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite  
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒

2. Tipo de Afiliación  
A. Individual - Cotizante o cabeza de familia ☒ B. Colectivo ☐ C. Institución ☐ 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)

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

6. Apellidos y nombres **MORENO VILLALBA MIRIAM**

7. Tipo de documento **CC** 8. Número del documento de identidad **39665286** 9. Sexo **Femenino** 10. Fecha de nacimiento **19 07 1965**

11. Etnia **Suramericana** 12. Discapacidad **0** 13. Puntaje SISBEN **0** 14. Grupo de población especial **0** 15. Administradora de riesgos laborales - ARL **SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA** 16. Administradora de pensiones **0**

17. Ingreso base de cotización - IBC **\$1.000.000** 18. Residencia **0**

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 **MORENO VILLALBA MIRIAM**

20. Tipo de documento **CC** 21. Número del documento de identidad **39665286** 22. Sexo **Femenino** 23. Fecha de nacimiento **19 07 1965**

24. Apellidos y nombres **MORENO VILLALBA MIRIAM**

25. Tipo de documento **CC** 26. Número del documento de identidad **39665286** 27. Sexo **Femenino** 28. Fecha de nacimiento **19 07 1965**

29. Parentesco **0** 30. Etnia **0**

31. Discapacidad **0** 32. Datos de residencia **0** 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) **0**

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS **0** Código de la IPS (a registrar por la EPS) **0**

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 ECOLIMPIEZA** 36. Tipo de documento de identificación **NT** 37. Número del documento de identificación **901351411**

38. Ubicación **CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO** 39. Código postal **6332795** 40. Ciudad **BOGOTA** 41. Departamento **DISTRITO CAPITAL**

VI. REPORTE DE NOVEDADES

42. 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 conexión de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Renscripción 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 comisiones para cotizar ☒ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidio ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐

16. Reporte del trámite de protección al consumidor ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. Tipo de documento **CC** 44. Número del documento de identidad **39665286** 45. Sexo **Femenino** 46. Fecha de nacimiento **19 07 1965**

47. EPS anterior **0** 48. Motivo de traslado **0** 49. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones **0**

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales ☐

51. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

52. Declaración de existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario ☐

53. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

54. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

55. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

56. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

57. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

58. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

59. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

60. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

61. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

62. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

63. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

64. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

65. Declaración de no haber sido afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

VIII. FIRMAS

66. Firma del afiliado **MIRIAM MORENO** 67. Firma del representante de la entidad territorial **0**

IX. ANEXOS

68. Anexo copia del documento de identidad **CC** 69. Anexo copia del documento de identidad **CC** 70. Anexo copia del documento de identidad **CC** 71. Anexo copia del documento de identidad **CC** 72. Anexo copia del documento de identidad **CC** 73. Anexo copia del documento de identidad **CC** 74. Anexo copia del documento de identidad **CC** 75. Anexo copia del documento de identidad **CC** 76. Anexo copia del documento de identidad **CC** 77. Anexo copia del documento de identidad **CC** 78. Anexo copia del documento de identidad **CC** 79. Anexo copia del documento de identidad **CC** 80. Anexo copia del documento de identidad **CC** 81. Anexo copia del documento de identidad **CC** 82. Anexo copia del documento de identidad **CC** 83. Anexo copia del documento de identidad **CC** 84. Anexo copia del documento de identidad **CC** 85. Anexo copia del documento de identidad **CC** 86. Anexo copia del documento de identidad **CC** 87. Anexo copia del documento de identidad **CC** 88. Anexo copia del documento de identidad **CC** 89. Anexo copia del documento de identidad **CC** 90. Anexo copia del documento de identidad **CC** 91. Anexo copia del documento de identidad **CC** 92. Anexo copia del documento de identidad **CC** 93. Anexo copia del documento de identidad **CC** 94. Anexo copia del documento de identidad **CC** 95. Anexo copia del documento de identidad **CC** 96. Anexo copia del documento de identidad **CC** 97. Anexo copia del documento de identidad **CC** 98. Anexo copia del documento de identidad **CC** 99. Anexo copia del documento de identidad **CC** 100. Anexo copia del documento de identidad **CC**

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial **0** 67. Datos del SISBEN **0** 68. Fecha de radicación **0** 69. Fecha de validación **0**

70. Datos del funcionario que realiza la validación **0** 71. Firma del funcionario **0**

72. Tipo de documento de identidad **CC** 73. Número del documento de identidad **39665286** 74. Sexo **Femenino** 75. Fecha de nacimiento **19 07 1965**

76. CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES



743

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORENO VILLALBA MIRIAM** identificado(a) con CC número **39.665.286** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de noviembre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de julio de 2022.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

**\*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**

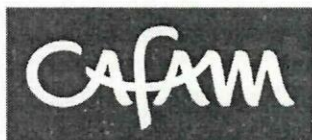
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2022071911521







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MIRIAM MORENO VILLALBA**, número de identificación **39665286**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

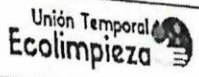
La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





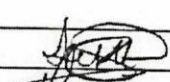
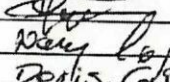
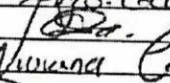
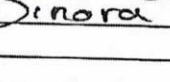
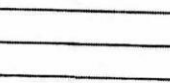
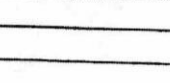
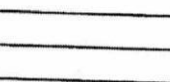
FR-SST-003-02	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
10/06/2020		

CENTRO DE COSTOS: SEO DUCHA RICAURTE

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo vigentes que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo sin pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

N°	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE ENTREGA	GUANTE AMARILLO	GUANTE NEGRO	GUANTE ROJO	TAPABOCAS	PROTECTOR FACIAL	COPI	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	39673630	Leonora Mosquera	07-07-22		X	X	X											
2	39663281	Milena Rosencillo	07-07-22		X	X	X											
3	5192000	Nancy Lopez	02-07-22		X	X	X											
4	68304133	Doris M. Garcia M	07-07-2022		X	X	X											
5	1024586070	Yemith Lorna Bello	07-07-2022		X	X	X											
6	1073670230	Viviana Cardona H.	07-07-22		X	X	X											
7	20755701	Dinora Soto	07-07-22		X	X	X											
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: 

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jalmes



1200  
746



### CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10

COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA EUGENIO DIAZ CASTRO	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 6 N° 2 – 11 EL CHARQUITO	TELEFONO	3125461709

#### RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
52528164	OJEDA CARACAS NORMA LETICIA	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo brigada de aseo 1
20879161	MARTHA LILIANA GUAYACAN COLMENARES	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo brigada de aseo 1
59671498	TIRZA ISABEL CORTES	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo brigada de aseo 1
65699634	DERLY ESPERANZA URUEÑA CARVAJAL	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo brigada de aseo 1
20755701	DINORA SOTO VELAZQUEZ	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo brigada de aseo 2
26441488	LUZ MIRIAM SILVA RIVERA	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo brigada de aseo 2
39674671	FABIOLA CORREA SIERRA	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo brigada de aseo 2

4 = 1 dia  
3 = 2 dias

PORFAVOR MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PRESTACION QUE CONSIDERA EN CADA ITEM (E=EXCELENTE; B=BUENO; R=REGULAR; D=DEFICIENTE)

Calidad del aseo en áreas	Calidad del aseo de muebles y equipos	Recolección y disposición de residuos	Uso adecuado de maquinaria y utensilios para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de la dotación y presentación personal de las gestoras y gestores
E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D
X	X	X	X	X	X

#### Observación del servicio

#### EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
BETTY DEVIA VEGA	52031065	





**CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO**

COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA EUGENIO DIAZ CASTRO	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 6 N° 2 - 11 EL CHARQUITO	TELEFONO	3125461709

**RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS**

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
52528164	OJEDA CARACAS NORMA LETICIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	
1073693677	BELLO PATIÑO LUZ ALEIDI	11 Julio 2022	31 Julio 2022	
39669310	BRÍÑEZ SANTOS GABRIELA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	
35377521	FRANCO RODRIGUEZ CLARIBEL	11 Julio 2022	31 Julio 2022	
40093458	CERQUERA VARGAS MARIA EUGENIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	
1024508745	RODRIGUEZ MONTAÑA ADRIANA MARCELA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	Incapacidad 2 días 18 y 19 de julio
52505323	BAENA VELOZA ANDREA TATIANA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	
39566094	ORTIZ MARGARITA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	
1073676116	LEON BELTRAN JENNIFER	11 Julio 2022	31 Julio 2022	

8=20  
1=18

**PORFAVOR MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PRESTACION QUE CONSIDERA EN CADA ITEM (E=EXCELENTE; B=BUENO; R=REGULAR; D=DEFICIENTE)**

Calidad del aseo en áreas	Calidad del aseo de muebles y equipos	Recolección y disposición de residuos	Uso adecuado de maquinaria y utensilios para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería	Uso adecuado de la dotación y presentación personal de las gestoras y gestores
E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D	E B R D
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Observación del servicio**

**EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR**

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
MARIA FERNANDA ABRIL MARTINEZ	35250102	MARIA Fernanda





Medellín, 11 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C52528164	OJEDA CARACAS NORMA LETICIA	05/07/2022		37451532	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952219256318

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57



EPS



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

### CERTIFICA

Que **NORMA LETICIA OJEDA CARACAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **52528164**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52528164
NOMBRES Y APELLIDOS	NORMA LETICIA OJEDA CARACAS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	03/09/2013
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	332
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	39
EMPLEADOR(ES)	NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA DESDE 05/07/2022, NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA DESDE 28/03/2022 HASTA 24/07/2022

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 22/07/2022

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

5

5

## Resultados del registro de novedades de reingreso



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud

6I\_1101

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

## Reingreso 1

Empleador	NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
Afiliado	CC 52528164 NORMA LETICIA OJEDA CARACAS
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1,000,000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 25 40-68
Fecha de ingreso	05/07/2022
Fecha de radicación	13/07/2022 08:40:13 a.m.
Código de Transacción	141409030
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 08/2022

Fecha de generación

13/07/2022

1



L01



**A QUIEN INTERESE**

Yo **JORGE PARAMO** certifico que conozco a la señora **LUZ ADRIANA RODRÍGUEZ CELIS**, identificada con cedula N. **52.851.673 DE BOGOTA** desde hace aproximadamente 8 años, tiempo en el cual se ha caracterizado por ser una persona comprometida, honesta y cumplidora con sus obligaciones tanto laborales como personales.

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá a los 19 días del mes de Mayo de 2022.

Atentamente,

Jorge Paramo  
**JORGE PARAMO**  
**CEL: 3143807076**

**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:**

**NORMA LETICIA OJEDA CARACAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.528.164**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **NORMA LETICIA OJEDA CARACAS**, número de identificación **52528164**, está afiliado (a) desde **05/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 05/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C1073693677	BELLO PATIÃO LUZ ALEIDY	11/07/2022		172q1551	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





No de Radicación

4008601576

Fecha de Radicación

1/9/07/2/0/2/2

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación A. Individual: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres BELLO Primer apellido	PATÍÑO Segundo apellido	LUZ Primer nombre	ALEIDY Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 1073693677	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 2/6/05/1/9/91

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	12. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	13. Grupo de población especial <input type="text"/>
14. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	15. Administradora de Pensiones PROTECCION	16. Ingreso base de cotización - IBC 1000000
17. Residencia CL 9 5 34 ESTE LA PRADERA Dirección	3133937609 Teléfono celular	LUZALEIDA1991@GMAIL.COM Correo electrónico
BOGOTÁ Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	BOGOTÁ Departamento

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

18. Apellidos y nombres completos Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
19. Tipo documento de identidad	20. Número documento identidad	21. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	22. Fecha de nacimiento

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

23. Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
24. Tipo documento de identidad	25. Número de identidad	26. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	27. Fecha de nacimiento

Datos complementarios

28. Parentesco	29. Etnia	30. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>
31. Municipio/Distrito	32. Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	33. Departamento
34. Teléfono Fijo y/o celular	35. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	

Selección de la IPS Primaria

36. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS VS 20 DE JULIO - CLINICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA TUNJA	37. Código de la IPS (a registrar por la EPS) VS20JULI - CLORTUNJA
--	---

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

38. Nombre o razón social UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	39. Tipo de identificación NIT	40. Número de documento de identificación 901351411	41. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
42. Ubicación CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	43. Teléfono 7000470	44. Correo electrónico AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM	45. Municipio/distrito BOGOTÁ

## B. REPORTE DE NOVEDADES

## 40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

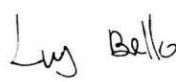

## 41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento		42.Fecha 11/10/72 02/22	
43.EPS anterior		44.Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		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 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 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 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 celular como mensaje de texto.

## VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐  
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor.

☐ 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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		67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
Observaciones							

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.





**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:**

**LUZ ALEIDY BELLO PATIÑO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.693.677**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

193  
La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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.

U

U

U



## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LUZ ALEIDY BELLO PATIÑO**, número de identificación **1073693677**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellin, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C39669310	BRINEZ SANTOS GABRIELA	11/07/2022		21619821	DEPENDIENTE

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](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57



9008980290  
9008980290

No. de radicación  
24220155

Fecha de radicación

17/07/2022

Código (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades: <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva: Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Colectiva: Cotizante o cabeza de Familia <input type="checkbox"/> D. De grupo <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---

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

6. Apellidos y nombres <b>BRÍNEZ SANTOS GABRIELA</b>	7. Tipo de documento de identidad <b>CC</b>	8. Número del documento de identidad <b>39669310</b>	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <b>06/03/1968</b>
11. Etnia <b>12. Discapacidad</b> Tipo: <input type="checkbox"/> Causa: <input type="checkbox"/>				
13. Puntaje SISBEN <b>14. Grupo de población especial</b> <b>15. Administradora de riesgos laborales - ARL</b> <b>SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES</b> <b>SURAMERICANA</b>				
16. Ingresos base de cotización - IBC <b>\$1.000.000</b>				
17. Residencia				

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 <b>20. Tipo de documento de identidad</b> <b>21. Número del documento de identidad</b>	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento
24. Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales		
25. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	26. Tipo de documento de identidad	27. Número del documento de identidad
28. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	29. Fecha de nacimiento	30. Etnia
31. Discapacidad Tipo: <input type="checkbox"/> Causa: <input type="checkbox"/>	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento	33. Valor de la UPG del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		
35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)		

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

36. Nombre o razón social <b>UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA</b>	37. Tipo de documento de identificación <b>NT</b>	38. Número del documento de identificación <b>901351411</b>
39. Ubicación <b>CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO</b>	40. Código postal <b>6332795</b>	41. Ciudad y departamento <b>BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL</b>

B. REPORTE DE NOVEDADES

42. Tipo de Novedad	43. Tipo de Novedad	44. Tipo de Novedad	45. Tipo de Novedad	46. Tipo de Novedad	47. Tipo de Novedad	48. Tipo de Novedad	49. Tipo de Novedad	50. Tipo de Novedad	51. Tipo de Novedad	52. Tipo de Novedad	53. Tipo de Novedad	54. Tipo de Novedad	55. Tipo de Novedad	56. Tipo de Novedad	57. Tipo de Novedad	58. Tipo de Novedad	59. Tipo de Novedad	60. Tipo de Novedad	61. Tipo de Novedad	62. Tipo de Novedad	63. Tipo de Novedad	64. Tipo de Novedad	65. Tipo de Novedad	66. Tipo de Novedad	67. Tipo de Novedad	68. Tipo de Novedad	69. Tipo de Novedad	70. Tipo de Novedad	71. Tipo de Novedad	72. Tipo de Novedad	73. Tipo de Novedad	74. Tipo de Novedad	75. Tipo de Novedad	76. Tipo de Novedad	77. Tipo de Novedad	78. Tipo de Novedad	79. Tipo de Novedad	80. Tipo de Novedad	81. Tipo de Novedad	82. Tipo de Novedad	83. Tipo de Novedad	84. Tipo de Novedad	85. Tipo de Novedad	86. Tipo de Novedad	87. Tipo de Novedad	88. Tipo de Novedad	89. Tipo de Novedad	90. Tipo de Novedad	91. Tipo de Novedad	92. Tipo de Novedad	93. Tipo de Novedad	94. Tipo de Novedad	95. Tipo de Novedad	96. Tipo de Novedad	97. Tipo de Novedad	98. Tipo de Novedad	99. Tipo de Novedad	100. Tipo de Novedad
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Datos básicos de identificación	43. Datos básicos de identificación	44. Datos básicos de identificación	45. Datos básicos de identificación	46. Datos básicos de identificación	47. Datos básicos de identificación	48. Datos básicos de identificación	49. Datos básicos de identificación	50. Datos básicos de identificación	51. Datos básicos de identificación	52. Datos básicos de identificación	53. Datos básicos de identificación	54. Datos básicos de identificación	55. Datos básicos de identificación	56. Datos básicos de identificación	57. Datos básicos de identificación	58. Datos básicos de identificación	59. Datos básicos de identificación	60. Datos básicos de identificación	61. Datos básicos de identificación	62. Datos básicos de identificación	63. Datos básicos de identificación	64. Datos básicos de identificación	65. Datos básicos de identificación	66. Datos básicos de identificación	67. Datos básicos de identificación	68. Datos básicos de identificación	69. Datos básicos de identificación	70. Datos básicos de identificación	71. Datos básicos de identificación	72. Datos básicos de identificación	73. Datos básicos de identificación	74. Datos básicos de identificación	75. Datos básicos de identificación	76. Datos básicos de identificación	77. Datos básicos de identificación	78. Datos básicos de identificación	79. Datos básicos de identificación	80. Datos básicos de identificación	81. Datos básicos de identificación	82. Datos básicos de identificación	83. Datos básicos de identificación	84. Datos básicos de identificación	85. Datos básicos de identificación	86. Datos básicos de identificación	87. Datos básicos de identificación	88. Datos básicos de identificación	89. Datos básicos de identificación	90. Datos básicos de identificación	91. Datos básicos de identificación	92. Datos básicos de identificación	93. Datos básicos de identificación	94. Datos básicos de identificación	95. Datos básicos de identificación	96. Datos básicos de identificación	97. Datos básicos de identificación	98. Datos básicos de identificación	99. Datos básicos de identificación	100. Datos básicos de identificación
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	47. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	48. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	49. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	50. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	51. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	52. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	53. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	54. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	55. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	56. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	57. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	58. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	59. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	60. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	61. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	62. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	63. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	64. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	65. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	66. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	67. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	68. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	69. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	70. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	71. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	72. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	73. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	74. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	75. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	76. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	77. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	78. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	79. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	80. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	81. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	82. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	83. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	84. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	85. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	86. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	87. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	88. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	89. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	90. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	91. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	92. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	93. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	94. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	95. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	96. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	97. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	98. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	99. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	100. Declaración de veracidad económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

VIII. FIRMAS

59. Firma del afiliado o representante legal	60. Firma del afiliado o representante legal	61. Firma del afiliado o representante legal	62. Firma del afiliado o representante legal	63. Firma del afiliado o representante legal	64. Firma del afiliado o representante legal	65. Firma del afiliado o representante legal	66. Firma del afiliado o representante legal	67. Firma del afiliado o representante legal	68. Firma del afiliado o representante legal	69. Firma del afiliado o representante legal	70. Firma del afiliado o representante legal	71. Firma del afiliado o representante legal	72. Firma del afiliado o representante legal	73. Firma del afiliado o representante legal	74. Firma del afiliado o representante legal	75. Firma del afiliado o representante legal	76. Firma del afiliado o representante legal	77. Firma del afiliado o representante legal	78. Firma del afiliado o representante legal	79. Firma del afiliado o representante legal	80. Firma del afiliado o representante legal	81. Firma del afiliado o representante legal	82. Firma del afiliado o representante legal	83. Firma del afiliado o representante legal	84. Firma del afiliado o representante legal	85. Firma del afiliado o representante legal	86. Firma del afiliado o representante legal	87. Firma del afiliado o representante legal	88. Firma del afiliado o representante legal	89. Firma del afiliado o representante legal	90. Firma del afiliado o representante legal	91. Firma del afiliado o representante legal	92. Firma del afiliado o representante legal	93. Firma del afiliado o representante legal	94. Firma del afiliado o representante legal	95. Firma del afiliado o representante legal	96. Firma del afiliado o representante legal	97. Firma del afiliado o representante legal	98. Firma del afiliado o representante legal	99. Firma del afiliado o representante legal	100. Firma del afiliado o representante legal
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

IX. ANEXOS

69. Anexo copia del documento de identidad	70. Anexo copia del documento de identidad	71. Anexo copia del documento de identidad	72. Anexo copia del documento de identidad	73. Anexo copia del documento de identidad	74. Anexo copia del documento de identidad	75. Anexo copia del documento de identidad	76. Anexo copia del documento de identidad	77. Anexo copia del documento de identidad	78. Anexo copia del documento de identidad	79. Anexo copia del documento de identidad	80. Anexo copia del documento de identidad	81. Anexo copia del documento de identidad	82. Anexo copia del documento de identidad	83. Anexo copia del documento de identidad	84. Anexo copia del documento de identidad	85. Anexo copia del documento de identidad	86. Anexo copia del documento de identidad	87. Anexo copia del documento de identidad	88. Anexo copia del documento de identidad	89. Anexo copia del documento de identidad	90. Anexo copia del documento de identidad	91. Anexo copia del documento de identidad	92. Anexo copia del documento de identidad	93. Anexo copia del documento de identidad	94. Anexo copia del documento de identidad	95. Anexo copia del documento de identidad	96. Anexo copia del documento de identidad	97. Anexo copia del documento de identidad	98. Anexo copia del documento de identidad	99. Anexo copia del documento de identidad	100. Anexo copia del documento de identidad
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial	67. Datos del SISBEN	68. Datos del SISBEN	69. Datos del SISBEN	70. Datos del SISBEN	71. Datos del SISBEN	72. Datos del SISBEN	73. Datos del SISBEN	74. Datos del SISBEN	75. Datos del SISBEN	76. Datos del SISBEN	77. Datos del SISBEN	78. Datos del SISBEN	79. Datos del SISBEN	80. Datos del SISBEN	81. Datos del SISBEN	82. Datos del SISBEN	83. Datos del SISBEN	84. Datos del SISBEN	85. Datos del SISBEN	86. Datos del SISBEN	87. Datos del SISBEN	88. Datos del SISBEN	89. Datos del SISBEN	90. Datos del SISBEN	91. Datos del SISBEN	92. Datos del SISBEN	93. Datos del SISBEN	94. Datos del SISBEN	95. Datos del SISBEN	96. Datos del SISBEN	97. Datos del SISBEN	98. Datos del SISBEN	99. Datos del SISBEN	100. Datos del SISBEN
--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------





**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:**

**GABRIELA BRÍÑEZ SANTOS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.669.310**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.*







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GABRIELA BRÍÑEZ SANTOS**, número de identificación **39669310**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

## 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C35377521	FRANCO RODRIGUEZ CLARIBEL	11/07/2022		35019415	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





9008980287  
9008980287

No. de Radicación  
24220151  
Fecha de Radicación  
17/07/2022

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite  
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒  
2. Tipo de Afiliación  
A. Individual: ☒ Colaborante o cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐  
3. Régimen  
A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐  
4. Tipo de afiliado  
A. Colaborante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐  
5. Tipo de cotización  
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 **FRANCO RODRIGUEZ CLARIBEL**  
7. Tipo de documento de identidad **CC** 8. Número del documento de identidad **35377521** 9. Sexo ☒ Femenino ☐ Masculino 10. Fecha de nacimiento **20/07/1975**  
11. Etnia 12. Discapacidad 13. Puntos SISBEN 14. Grupo de población especial 15. Administradora de pensiones  
17. Ingreso base de cotización - ISC **\$1.000.000** 18. Residencia  
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. Número del documento de identidad 26. Sexo 27. Fecha de nacimiento 28. Parentesco 29. Etnia  
30. Discapacidad 31. Datos de residencia 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  
Selección de la IPS Primaria  
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Nombre o razón social **UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA** 36. Tipo de documento de identificación **NT** 37. Número del documento de identificación **901351411**  
38. Ubicación **CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO** 39. Tipo de aportante o pagador de pensiones **BOGOTA** 40. Tipo de aportante o pagador de pensiones **DISTRITO CAPITAL**

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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 conexión de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Retiro de la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiario o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiario o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Tratado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte de trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación 42. Fecha de nacimiento 43. EPS anterior 44. Motivo de traslado 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones  
46. Fecha de la novedad **11/07/2022**

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales  
47. Declaración de la no existencia de vínculo al Régimen Contributivo, Económico 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  
49. Declaración de no información del cotizante, de los datos de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Inscripción Previsional de Seguridad 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 y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que del 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 beneficiarios del hogar

VIII. FIRMAS

**CLARIBEL FRANCO**  
Unión Temporal Ecolimpieza  
NIT 901351411-0

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: ☒ CN ☒ PS ☒ CC ☒ PA ☒ CE ☒ CO ☒ OTRO ☐  
57. Copia del acta de inscripción permanente emitida 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 los cónyuges o 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 autista por el trámite sobre la muerte 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 se ordena la afiliación de oficio

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  
70. Datos del funcionario que realiza la validación  
71. Tipo de documento de identidad 72. Número del documento de identidad  
73. Tipo de documento de identidad 74. Número del documento de identidad  
75. Tipo de documento de identidad 76. Número del documento de identidad  
77. Tipo de documento de identidad 78. Número del documento de identidad  
79. Tipo de documento de identidad 80. Número del documento de identidad  
81. Tipo de documento de identidad 82. Número del documento de identidad  
83. Tipo de documento de identidad 84. Número del documento de identidad  
85. Tipo de documento de identidad 86. Número del documento de identidad  
87. Tipo de documento de identidad 88. Número del documento de identidad  
89. Tipo de documento de identidad 90. Número del documento de identidad  
91. Tipo de documento de identidad 92. Número del documento de identidad  
93. Tipo de documento de identidad 94. Número del documento de identidad  
95. Tipo de documento de identidad 96. Número del documento de identidad  
97. Tipo de documento de identidad 98. Número del documento de identidad  
99. Tipo de documento de identidad 100. Número del documento de identidad





**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:**

196

**CLARIBEL FRANCO RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **35.377.521**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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.





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CLARIBEL FRANCO RODRIGUEZ**, número de identificación **35377521**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

## 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C40093458	CERQUERA VARGAS MARIA EUGENIA	11/07/2022		24NTr23y	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57







NIT 830.003.554-7

 9008980293  
 9008980293
No. de afiliación  
24220160

Fecha de afiliación

17/07/2022

Código (a registrar por la EPS)

## 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 plan

 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

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

6. Apellidos y nombre CERQUERA

VARGAS

MARIA

EUGENIA

7. Tipo de documento de identidad CC

8. Número del documento de identidad 40093458

9. Sexo Femenino ☒ Masculino

10. Fecha de nacimiento 01/06/1973

11. Etnia

12. Discapacidad Tipo

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de pensiones

16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.000.000

18. Residencia

19. Residencia

20. Residencia

21. Residencia

22. Residencia

23. Residencia

24. Residencia

25. Residencia

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

19. Apellidos y nombre

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

32. Datos de residencia

33. Datos de residencia

34. Datos de residencia

35. Datos de residencia

36. Datos de residencia

37. Datos de residencia

38. Datos de residencia

39. Datos de residencia

40. Datos de residencia

41. Datos de residencia

42. Datos de residencia

43. Datos de residencia

44. Datos de residencia

45. Datos de residencia

46. Datos de residencia

47. Datos de residencia

48. Datos de residencia

49. Datos de residencia

50. Datos de residencia

51. Datos de residencia

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

52. Nombre o razón social UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA

53. Tipo de documento de identificación INT

54. Número del documento de identificación 901351411

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

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

57. Ubicación CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO

58. Ubicación 6332795

59. Ubicación BOGOTA

60. Ubicación DISTRITO CAPITAL

61. Ubicación DISTRITO CAPITAL

## B. REPORTE DE NOVEDADES

62. Tipo de Novedad

63. Tipo de Novedad

64. Tipo de Novedad

65. Tipo de Novedad

66. Tipo de Novedad

67. Tipo de Novedad

68. Tipo de Novedad

69. Tipo de Novedad

70. Tipo de Novedad

71. Tipo de Novedad

72. Tipo de Novedad

73. Tipo de Novedad

74. Tipo de Novedad

75. Tipo de Novedad

76. Tipo de Novedad

77. Tipo de Novedad

78. Tipo de Novedad

79. Tipo de Novedad

80. Tipo de Novedad

81. Tipo de Novedad

82. Tipo de Novedad

83. Tipo de Novedad

84. Tipo de Novedad

85. Tipo de Novedad

86. Tipo de Novedad

87. Tipo de Novedad

88. Tipo de Novedad

89. Tipo de Novedad

90. Tipo de Novedad

91. Tipo de Novedad

92. Tipo de Novedad

93. Tipo de Novedad

94. Tipo de Novedad

95. Tipo de Novedad

96. Tipo de Novedad

97. Tipo de Novedad

98. Tipo de Novedad

99. Tipo de Novedad

100. Tipo de Novedad

101. Tipo de Novedad

102. Tipo de Novedad

103. Tipo de Novedad

104. Tipo de Novedad

105. Tipo de Novedad

106. Tipo de Novedad

107. Tipo de Novedad

108. Tipo de Novedad

109. Tipo de Novedad

110. Tipo de Novedad

111. Tipo de Novedad

112. Tipo de Novedad

113. Tipo de Novedad

114. Tipo de Novedad

115. Tipo de Novedad

116. Tipo de Novedad

117. Tipo de Novedad

118. Tipo de Novedad

119. Tipo de Novedad

120. Tipo de Novedad

121. Tipo de Novedad

122. Tipo de Novedad

123. Tipo de Novedad

124. Tipo de Novedad

125. Tipo de Novedad

126. Tipo de Novedad

127. Tipo de Novedad

128. Tipo de Novedad

129. Tipo de Novedad

130. Tipo de Novedad

131. Tipo de Novedad

132. Tipo de Novedad

133. Tipo de Novedad

134. Tipo de Novedad

135. Tipo de Novedad

136. Tipo de Novedad

137. Tipo de Novedad

138. Tipo de Novedad

139. Tipo de Novedad

140. Tipo de Novedad

141. Tipo de Novedad

142. Tipo de Novedad

143. Tipo de Novedad

144. Tipo de Novedad

145. Tipo de Novedad

146. Tipo de Novedad

147. Tipo de Novedad

148. Tipo de Novedad

149. Tipo de Novedad

150. Tipo de Novedad

151. Tipo de Novedad

152. Tipo de Novedad

153. Tipo de Novedad

154. Tipo de Novedad

155. Tipo de Novedad

156. Tipo de Novedad

157. Tipo de Novedad

158. Tipo de Novedad

159. Tipo de Novedad

160. Tipo de Novedad

161. Tipo de Novedad

162. Tipo de Novedad

163. Tipo de Novedad

164. Tipo de Novedad

165. Tipo de Novedad

166. Tipo de Novedad

167. Tipo de Novedad

168. Tipo de Novedad

169. Tipo de Novedad

170. Tipo de Novedad

171. Tipo de Novedad

172. Tipo de Novedad

173. Tipo de Novedad

174. Tipo de Novedad

175. Tipo de Novedad

176. Tipo de Novedad

177. Tipo de Novedad

178. Tipo de Novedad

179. Tipo de Novedad

180. Tipo de Novedad

181. Tipo de Novedad

182. Tipo de Novedad

183. Tipo de Novedad

184. Tipo de Novedad

185. Tipo de Novedad

186. Tipo de Novedad

187. Tipo de Novedad

188. Tipo de Novedad

189. Tipo de Novedad

190. Tipo de Novedad

191. Tipo de Novedad

192. Tipo de Novedad

193. Tipo de Novedad

194. Tipo de Novedad

195. Tipo de Novedad

196. Tipo de Novedad

197. Tipo de Novedad

198. Tipo de Novedad

199. Tipo de Novedad

200. Tipo de Novedad

201. Tipo de Novedad

202. Tipo de Novedad

203. Tipo de Novedad

204. Tipo de Novedad

205. Tipo de Novedad

206. Tipo de Novedad

207. Tipo de Novedad

208. Tipo de Novedad

209. Tipo de Novedad

210. Tipo de Novedad

211. Tipo de Novedad

212. Tipo de Novedad

213. Tipo de Novedad

214. Tipo de Novedad

215. Tipo de Novedad

216. Tipo de Novedad

217. Tipo de Novedad

218. Tipo de Novedad

219. Tipo de Novedad

220. Tipo de Novedad

221. Tipo de Novedad

222. Tipo de Novedad

223. Tipo de Novedad

224. Tipo de Novedad

225. Tipo de Novedad

226. Tipo de Novedad

227. Tipo de Novedad

228. Tipo de Novedad

229. Tipo de Novedad

230. Tipo de Novedad

231. Tipo de Novedad

232. Tipo de Novedad

233. Tipo de Novedad

234. Tipo de Novedad

235. Tipo de Novedad

236. Tipo de Novedad

237. Tipo de Novedad

238. Tipo de Novedad

239. Tipo de Novedad

240. Tipo de Novedad

241. Tipo de Novedad

242. Tipo de Novedad

243. Tipo de Novedad

244. Tipo de Novedad

245. Tipo de Novedad

246. Tipo de Novedad

247. Tipo de Novedad

248. Tipo de Novedad

249. Tipo de Novedad

250. Tipo de Novedad

251. Tipo de Novedad

252. Tipo de Novedad

253. Tipo de Novedad

254. Tipo de Novedad

255. Tipo de Novedad

256. Tipo de Novedad

257. Tipo de Novedad

258. Tipo de Novedad

259. Tipo de Novedad

260. Tipo de Novedad

261. Tipo de Novedad

262. Tipo de Novedad

263. Tipo de Novedad

264. Tipo de Novedad

265. Tipo de Novedad

266. Tipo de Novedad

267. Tipo de Novedad

268. Tipo de Novedad

269. Tipo de Novedad

270. Tipo de Novedad

271. Tipo de Novedad

272. Tipo de Novedad

273. Tipo de Novedad

274. Tipo de Novedad

275. Tipo de Novedad

276. Tipo de Novedad

277. Tipo de Novedad

278. Tipo de Novedad

279. Tipo de Novedad

280. Tipo de Novedad

281. Tipo de Novedad

282. Tipo de Novedad

283. Tipo de Novedad

284. Tipo de Novedad

285. Tipo de Novedad

286. Tipo de Novedad

287. Tipo de Novedad

288. Tipo de Novedad

289. Tipo de Novedad

290. Tipo de Novedad

291. Tipo de Novedad

292. Tipo de Novedad

293. Tipo de Novedad

294. Tipo de Novedad





1222  
767

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CERQUERA VARGAS MARIA EUGENIA** identificado(a) con CC número **40.093.458** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de julio de 2022.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

**\*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](http://www.proteccion.com)

2022071911464





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIA EUGENIA CERQUERA VARGAS**, número de identificación **40093458**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C1024508745	RODRIGUEZ MONTAÑA ADRIANA MARCELA	11/07/2022		23823725	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

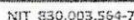
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





9008980296  
9008980296

No. de Radicación  
**24220165**

### Further studies

17/07/2022

Código a registrar por la EPS:

### 1. DATOS DEL TRAMITE

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

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

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

6. Apellidos y nombre: <b>RODRIGUEZ</b>		<b>MONTAÑA</b>		<b>ADRIANA</b>		<b>MARCELA</b>	
7. Tipo de documento de identidad:	CC	8. Número del documento de identidad:	1024508745		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento D 22 D 05 M A 1990	

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Disponibilidad Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISDEN	14. Grupo de población especial	15. Administración de Riesgos Profesionales <b>SURAMERICANA</b>	16. Administrador de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC <b>\$1.000.000</b>	18. Residencia	Municipio	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Lugar de nacimiento	Parentesco

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

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos obtenidos de documentos oficiales y/o de conformidad con la información suministrada por los miembros del núcleo familiar)					
19. Apellidos y nombres		Primer Nombre		Segundo Nombre	
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento		
				D U M M A A A A	A A A A

Notas básicas de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Datos básicos de identificación de los experimentales y de las empresas experimentales			
24. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B1			Segundo Nombre
B2			
B3			
B4			

[illegible]

31. Discapacidad						32. Datos de residencia				33. Votar de la LUPC del affido adicional a registrar por la EPS	
Tipo		Condiciones				Municipio / Distrito		Zona Urbana / Rural		Departamento	Teléfono fijo y/o celular
E1	F	N	M	T	P						
E2											
E3											
E4											
E5											

**Selección de la IPS Primaria**

4. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
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		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

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

25. Nombre y razón social <b>UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA</b>		26. Tipo de documento de identificación <b>NT</b>	27. Número del documento de identificación <b>901351411</b>	28. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
29. Ubicación <b>CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO</b>		<b>6332795</b>	<b>BOGOTA</b>	<b>DISTRITO CAPITAL</b>

## 5. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Remoción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiario a un afiliado adicional ☐ 8. Exclusión de beneficiario a un afiliado adicional ☐ 9. Inicio de relación laboral o suspensión de relaciones para cesar ☒ 10. Terminación de la relación laboral o orden de las condiciones para seguir cesando ☐ 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 paciente ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-embarazosa ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-embarazosa ☐ 19. Reporte de la calidad de Pre-embarazosa ☐

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Categoría de riesgo		Prestado Nombre		Seguimiento médico	
Tipo de documento <input type="checkbox"/> 43. EPS anterior	Número del documento de identidad	Sexo <input type="checkbox"/> 44. Motivo de traslado	Masculino <input type="checkbox"/> 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	Fecha de nacimiento 11 07 2022	Fecha novedad 11 07 2022		

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

40. Conservación de la documentación de los beneficiarios y afiliados adicionales.	.....
41. Conservación de la información de afiliación a Regímenes Contributivos, Especial o de Exoneración.	.....
42. Evaluación de la existencia de factores de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.	.....
43. Verificación de la información del documento, cultura o familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Promotora de Servicios de Salud.	.....
44. Ampliación para que la EPS recopile y clasifique datos y copia de la historia clínica del paciente o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	.....
45. Ampliación para que la EPS responda a información que se genere de la afiliación o del registro de movimientos a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	.....
46. Ampliación para que la EPS mantenga los datos personales del paciente o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1991 de 2012 y el Decreto 1877 de 2010.	.....
47. Ampliación para que la EPS envíe información al término de vigencia o al finalizar el ciclo de pago de los afiliados.	.....

## VOLUME 11

ADRIANA MARCIA

## IX. ANEXOS

50. Anexo copia del documento de identidad: 

CN	RG	T	CE	PA	CC	CC	CC
----	----	---	----	----	----	----	----

 Cantidad: 

--

 Total: 

--

51. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

52. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

53. Copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio. Siempre judicial, que declare la extinción de la unión marital y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

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

55. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

56. Copia del documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de denuncia en los padres o la declaración suscrita por el estranero sobre la ausencia de los dos padres.

57. Copia de la autorización emitida por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

58. Certificación de inscripción a una entidad autorizada para realizar aportaciones colectivas.

59. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en su caso que declare la nulidad de beneficios o se ordene la cesación de dichos beneficios.

## X DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Terminal Código de municipio: <input type="text"/> Código del departamento: <input type="text"/>	67. Datos del SISBEN Número de la ficha: <input type="text"/> Puntaje: <input type="text"/> Nivel: <input type="text"/>	68. Fecha de radicación: <input type="text"/>	69. Fecha de validación: <input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación Nombre completo: <input type="text"/> Carnet de identidad: <input type="text"/> Cargo: <input type="text"/> Firma: <input type="text"/>			
Tipo de documento de identidad: <input type="text"/> Número del documento de identidad: <input type="text"/>		OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	
71. Firma del funcionario: <input type="text"/>			

120



## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

### CERTIFICA QUE:

199

El(la) Señor(a) ADRIANA MARCELA RODRIGUEZ MONTANA identificado(a) con C.C No. 1.024.508.745, 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 19 de julio del 2022.

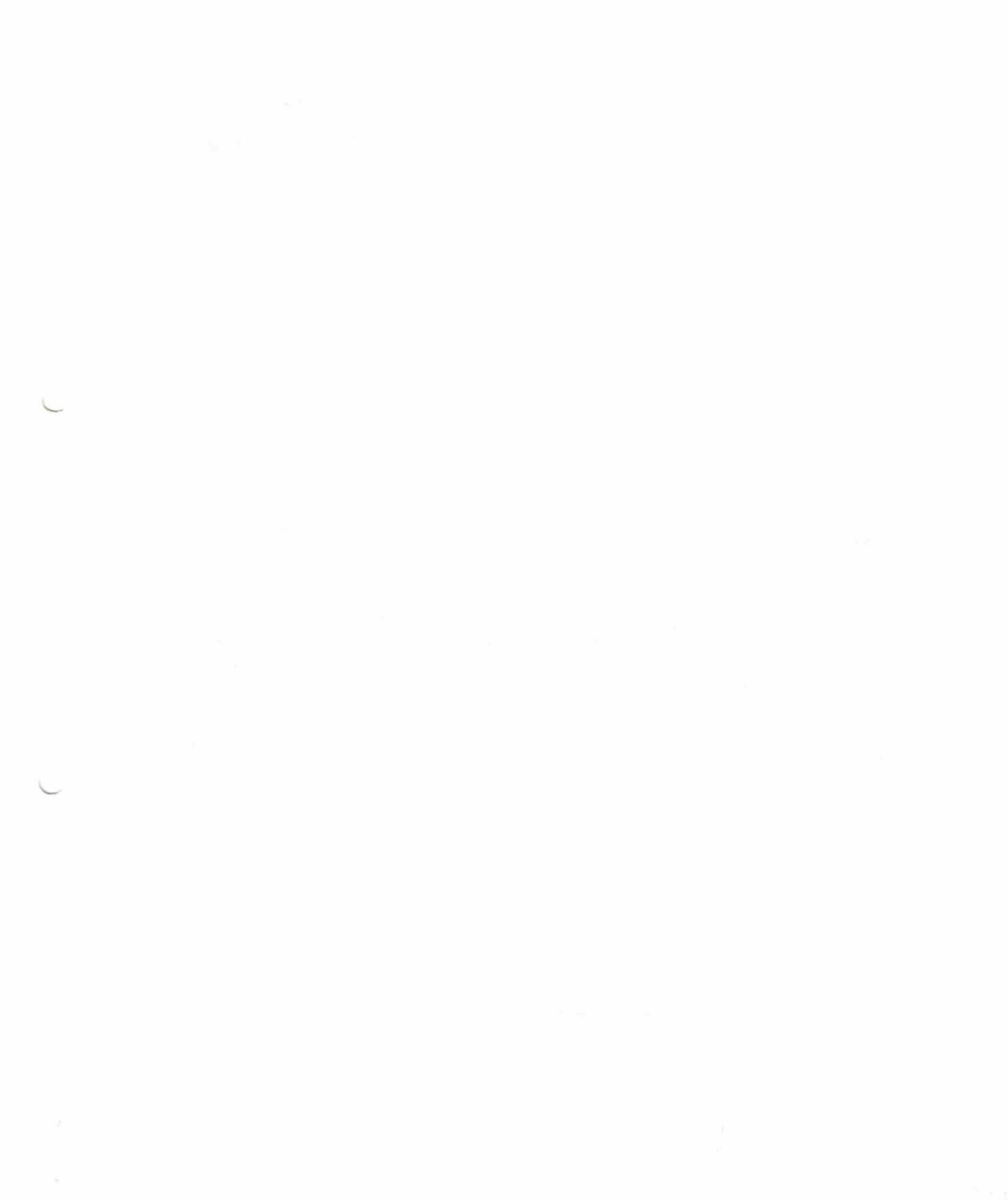
El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://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  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ADRIANA MARCELA RODRIGUEZ MONTAÑA**, número de identificación **1024508745**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

## 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C52505323	BAENA VELOZA ANDREA TATIANA	11/07/2022		8Y177129	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

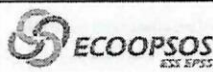
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (\*\*) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. DE RADICACION

FECHA RADICACION

D B M M A A A A

Página 1 de 2

## I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de Tramite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A) Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B) Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (A registrar por la EPS)

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres Primer apellido: BAENA Segundo apellido: VELAZA Primer nombre: ANDREA Segundo nombre: TATIANA	7. Tipo documento de Identidad CC	8. Numero de documento de Identidad 52505323	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de Nacimiento 16/11/1978
---	--------------------------------------	---	--	---------------------------------------

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SISA	16. Administradora de Pensiones COFENDES	17. Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.000.000	
18. Residencia CRA 15# 33-34802 Dirección: SOACHA Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Municipio/Distrito: SOACHA Localidad/Comuna: CENTRO Departamento: CUNDINAMARCA	19. Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.000.000		

## 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 Completos Primer apellido Segundo Apellido Primer nombre Segundo Nombre	20. Tipo documento de Identidad	21. Numero de documento de Identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de Nacimiento D B M M A A A A
--	---------------------------------	--------------------------------------	--	--

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y los afiliados adicionales

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

25. Tipo de documento de Identidad	26. Numero de Documento de Identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de Nacimiento D B M M A A A A
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

DATOS COMPLEMENTARIOS		31. Discapacidad	TIPO		CONDICIÓN	
29. Parentesco	30. Etnia	F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. Datos de Residencia	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Rural Urbana			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

## Selección de la EPS primaria

34. Nombre de la Institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS C	Código de la IPS (A registrar por la EPS)
B	
B	
B	

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

35. Nombre o Razón Social UNION TEMPORAL ECCIMPA	36. Tipo documento de Identidad C	37. Numero de documento de Identificación 901351411-8	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (A registrar por la EPS)
39. Ubicación Cll 12# 33-54	35209888	afiliación colectiva	BOGOTÁ
Municipio/Distrito	Departamento		

RC-ABD-018-03



## B. REPORTE DE NOVEDADES

Página 2 de 2

## 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de Identificación.
- ☐ 2. Corrección datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
Código
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad ☒ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado ☐ A. Mismo Régimen  
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de Fallecimiento
- ☐ 16. Reporte de trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad del Pensionado.

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD


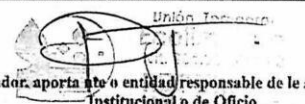
## 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo Apellido		Primer nombre		Segundo Nombre	
Tipo documento de Identidad <input type="text"/>	Numero de documento de Identidad <input type="text"/>		Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>		42. Fecha <input type="text"/>	
43. EPS anterior <input type="text"/>			44. Motivo de traslado <input type="text"/>		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones <input type="text"/>		

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficios 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	 55. El empleador, aporta nte o entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
---	--

## IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD CS  
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 Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>		67. Datos del SISBEN Número de Ficha <input type="text"/> Puntaje <input type="text"/> Nivel <input type="text"/>		68. Fecha radicación <input type="text"/>	69. Fecha de validación <input type="text"/>
70. Datos del funcionario que realiza la validación					
Primer apellido <input type="text"/>		Segundo Apellido <input type="text"/>		Primer nombre <input type="text"/>	
Segundo Nombre <input type="text"/>		71. Firma del Funcionario <input type="text"/>			
Observaciones: <input type="text"/>					

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.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ANDREA TATIANA BAENA VELOZA identificado(a) con C.C No. 52.505.323, 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 19 de julio 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](http://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  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ANDREA TATIANA BAENA VELOZA**, número de identificación **52505323**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C39566094	ORTIZ MARGARITA	11/07/2022		14537177	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

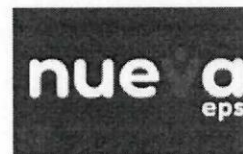
Los trabajadores marcados con asterisco (\*) son afiliados independientes.

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57







NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/07/2022, el empleador UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, identificado con NIT número 901351411 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4641855	15/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	39566094	MARGARITA ORTIZ GARCIA	1000000	OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	2022-07-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Julio del año 2022.

Cordialmente,

146

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



+234  
779

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARGARITA ORTIZ GARCIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39566094**, se encuentra afiliado/a desde **10/08/2006** 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 19 de julio de 2022.



**Blanca Nubia Ramirez Aldana**  
**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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA  
VIGILADO





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARGARITA ORTIZ GARCIA**, número de identificación **39566094**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C1073676116	LEON BELTRAN JENNIFER	11/07/2022		21523819	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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

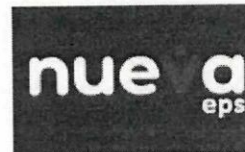
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57





NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 15/07/2022, el empleador UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA identificado con NIT número 901351411 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
4641850	15/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1073676116	JENNIFER LEON BELTRAN	1000000	OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	2022-07-11

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Julio del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LEON BELTRAN JENNIFER** identificado(a) con CC número **1.073.676.116** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de septiembre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de julio de 2022.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

**\*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](http://www.proteccion.com)

2022071911272







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JENNIFER LEON BELTRAN**, número de identificación **1073676116**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.


Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



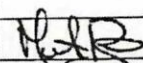
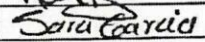
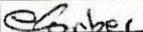
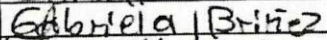
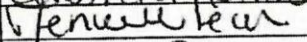
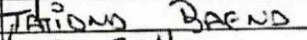
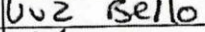
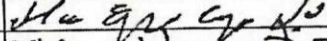

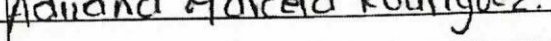
FR-SST-003-02	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
10/06/2020		

CENTRO DE COSTOS: 3RD DOCHA EUGENIO DIAZ.

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo vigentes que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo sin pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

N°	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE ENTREGA	GUANTE AMARILLO	GUANTE NEGRO	GUANTE ROJO	TAPABOCAS	PROTECTOR FACIAL	COPI	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	39663192	Mariateresa Rian	07-07-22		X	X	X											
2	35521402	Sara Alicia Catua	07-07-22		X	X	X											
3	35332174	Elisabet Sianco	07-07-22	X	X	X	X											
4	39669310	Gabriela Brito	07-07-22		X	X	X											
5	107366116	Yennifer Leon	07-07-22		X	X	X											
6	52505323	Tatiana Baeza	07-07-22		X	X	X											
7	107369367	LUZ ALEJY RILLO	07-07-22		X	X	X											
8	40093458	Maria Eyzaga	07-07-22		X	X	X											
9	3956609	Maria Guadalupe	07-07-22		X	X	X											
10	1024509345	Adriana Marcela P.	07-07-22		X	X	X											
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR:



SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jalmes





Medellín, 22 de Julio de 2022

**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 ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C52889348	TORRES SANTANA LESLY COSTANZA	05/07/2022		95K12361	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220335575

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 22/07/2022 09:52:55.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57





## FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**Salud Total** EPS-S

No de Radicación

4008568641

Fecha de Radicación

1/2/07/2/0/2/2

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo afiliación B. Colectiva <input type="checkbox"/>	A. Individual: - Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>	

## A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres TORRES Primer apellido	SANTANA Segundo apellido	LESLEY Primer nombre	COSTANZA Segundo nombre
7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 52889348	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 2/6/02/19/83

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo FINI Condición TIP	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC	17. Ingreso base de cotización - IBC 1000000
18. Residencia CR 18F 1 134 SUR AP 204 T 11 Dirección BOGOTÁ Municipio/Distrito		3138916519 Teléfono celular	LESLEYCTS2602@GMAIL.COM Correo electrónico BOGOTÁ Departamento

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F M	Condición T P
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia			
Municipio/Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS 20 DE JULIO - CLINICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA TUNJA	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VS20JULI - CLORTUNJA
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	36. Tipo de identificación NIT	37. Número de documento de identificación 901351411	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470 Teléfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTÁ Municipio/distrito



## B. REPORTE DE NOVEDADES

## 40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

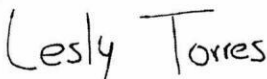

## 41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		01/5/01/7/2/01/2/2			
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: <input type="checkbox"/>		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 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 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 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 celular como mensaje de texto

## VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
- Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61. Copia orden judicial o 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 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 consiste 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 ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario					
<input type="checkbox"/>									
Observaciones									

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

1244  
788



**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:**

**LESLY COSTANZA TORRES SANTANA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.889.348**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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.





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LESLY COSTANZA TORRES SANTANA**, número de identificación **52889348**, está afiliado (a) desde **05/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 05/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253





Medellín, 14 de Septiembre de 2022

## 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 ECOLIMPIEZA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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	Estado
C52442601	HOYOS RODRIGUEZ IRMA ALEXANDRA	05/07/2022		94475816	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952225742891

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 14/09/2022 11:54:51.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57



**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) IRMA ALEXANDRA HOYOS RODRIGUEZ /identificado(a) con cedula ciudadanía 52442601, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA NIT 901351411, en calidad de DEPENDIENTE/ según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220705	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Julio de 2.022

**Observaciones:**

**Con destino a:**

A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,  
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS  
CER-AFI 19377727



1248  
792

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HOYOS RODRIGUEZ IRMA ALEXANDRA** identificado(a) con **CC** número **52.442.601** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de enero de 2000 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 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de julio de 2022.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

**\*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](http://www.proteccion.com)

2022071911531







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **IRMA ALEXANDRA HOYOS RODRIGUEZ**, número de identificación **52442601**, está afiliado (a) desde **05/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 05/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 07 de Julio de 2022

## 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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C1073692577	SANABRIA MONTENEGRO ANGELA YISETH	11/07/2022		92142220	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57







9008991418  
9008991418

No. de Radicación  
**24238223**

Fecha de Radicación: 20/07/2022

**Código (a registrar por la EPS)**

### 1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente	
B. Reporte de Novedad	B. Colectiva - Cotizante o cabeza de Familia	B. Subordinado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	C. Institucional		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	D. De otros				

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

8. Apellidos y nombre		SANABRIA		MONTENEGRO		ANGELA		YISETH	
7. Tipo de documento de identidad	CC	9. Número del documento de identidad	1073692577		10. Sexo	Seguino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	11. Fecha de nacimiento	D 05 D M 12 M A A 1991 A	

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradores de riesgos laborales - ARL <b>SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA</b>	16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - BC \$ 4.000.000	18. Residencia				

Project	Location	Year	Amount	Comments
...	...	...	...	...

**EL NÚCLEO FAMILIAR** (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente colizante)

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

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

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

.....

24. Sexo	25. Número del documento de identidad	26. Fecha de nacimiento	27. Parentesco	28. Esnia
B1				
B2				
B3				
B4				

### E. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización de los documentos de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código  6. Retorno en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiario o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiario o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad reconocida para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad A. Régimen Contributivo ☒ B. Régimen Subordinado ☐ 14. Tránsito A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al paciente ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

## VI DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		Categoría		Rango		Segunda Nómina	
42. Tipo de documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	11		07	
43. EPB anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones					

## VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados a dependientes.

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

48. Declaración de existencia de factores de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.

49. Declaración de no información del contenido oficial de forma, su contenido y a todas autoridades que el Instructivo Presidencial de Similitud Salud.

50. Autorización para que la EPS recorra y pliegue antes y copia de la historia clínica del paciente o de la familia y de los beneficiarios o afiliados nacionales.

51. Autorización para que la EPS recorra la información que se genera en la atención y del reposo de novedades a la casa de curio de afiliados extranjeros y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del paciente o de la familia y de los beneficiarios o afiliados extranjeros, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1577 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al tiempo de ingreso al sistema de salud como manuales de fondo.

## VIII. FIRMAS

ANGELA SANDBRIN

Union Temporal  
Ecolimpieza  
Nit. 901.351.424-6  
RECURSOS  
HUMANOS

## IX. ANEXOS

RECURSOS HUMANOS	
56. Anexo copia del documento que identifique:	<input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CC
Cantidad:	Total: <input type="text"/>
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	<input type="text"/>
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	<input type="text"/>
59. Copia de la Escritura pública o sentencia judicial que declare la 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.	<input type="text"/>
60. Copia del cartillón de adopción o acta de entrega del menor.	<input type="text"/>
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	<input type="text"/>
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 conserje sobre la ausencia de los dos padres.	<input type="text"/>
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	<input type="text"/>
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	<input type="text"/>
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la validez de beneficiario y se ordene la afiliación de dicho.	<input type="text"/>

**Y DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la entidad Terrestrial Código del municipio		67. Datos del SISBEN Código del departamento		Número de la foto		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
70. Datos del funcionario que realiza la validación											
Primer Apellido			Segundo Apellido			Tercer Apellido			Segunda Nombre		
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		OBSERVACIONES:							
				CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES							
71. Firma del funcionario											
				Cambio Empleado							





1252  
796

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANABRIA MONTENEGRO ANGELA YISETH** identificado(a) con **CC** número **1.073.692.577** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 16 de junio de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de julio de 2022.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*  
**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Equipo Gestión de Operaciones.

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

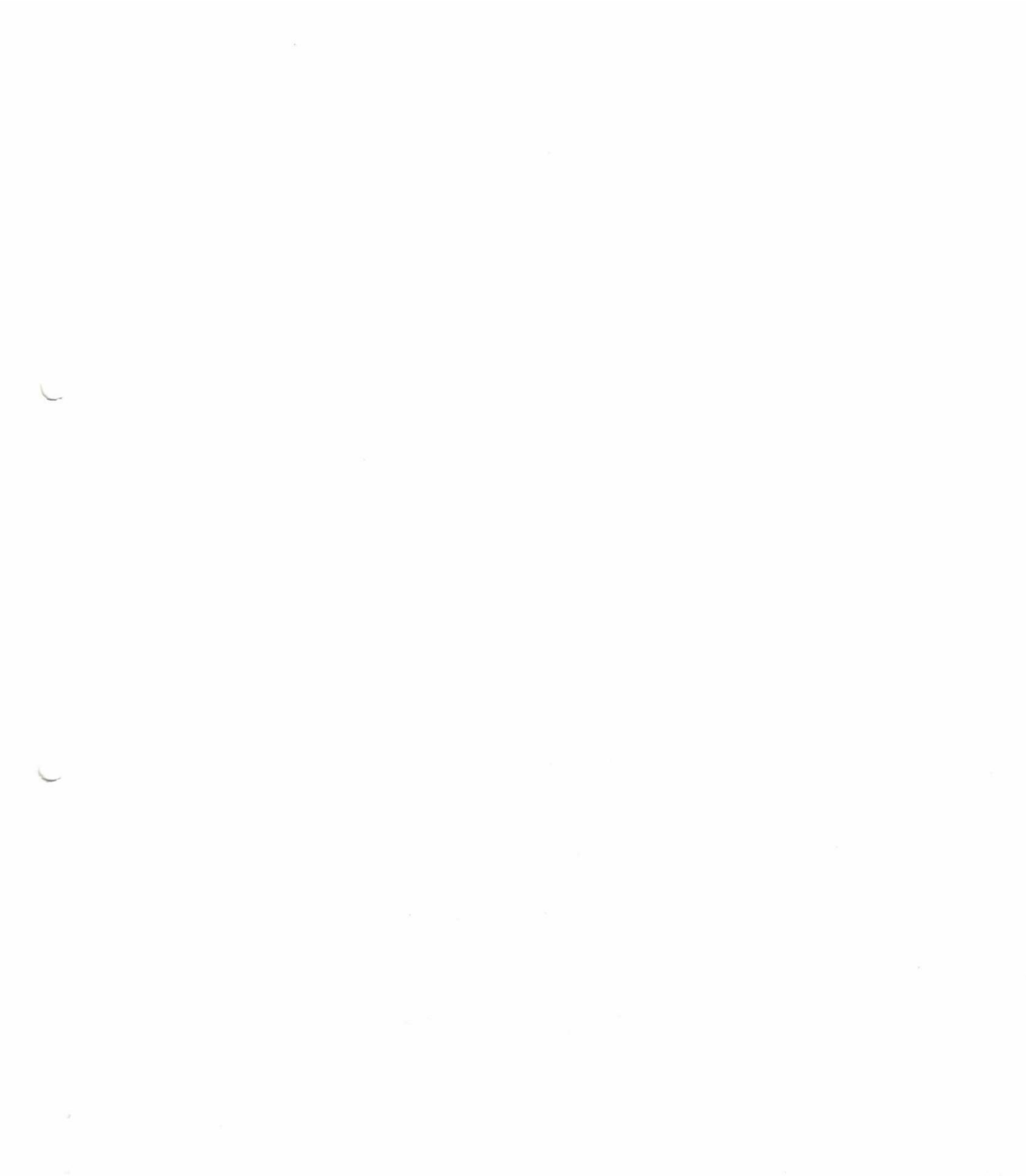
\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

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](http://www.proteccion.com)

2022071911562





## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ANGELA YISETH SANABRIA MONTENEGRO**, número de identificación **1073692577**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



CENTRO DE COSTOS: Secretaría

CENTRO DE COSTOS: Societal

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo sin pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa UNIÓN INDUSTRIAL ECOLIMPIEZA

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

[illegible]

SUPERVISOR:

1254





Medellín, 07 de Julio de 2022

**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 la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C39668610	MARTINEZ MAYORGA GLADIS ROCIO	11/07/2022		025018X5	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952218841915

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.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

## COOSALUD

En Paz y en bienestar

No. De Radicación		Fecha de Radicación	

### I. DATOS DEL TITULAR

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

1. Tipo de Titular	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	
A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reparte de Novedades <input type="checkbox"/>	A. Individual <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidio <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	6. Código	
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	A. Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> B. Independiente <input type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	(se registra por la EPS)	

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

5. Apellidos y nombres	6. Número del documento de identidad	7. Tipo de documento de identidad	8. Sexo	9. Fecha de nacimiento	10. Fecha de radicación
MARTINEZ	39668610	CC	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	01/03/1977	01/03/2017

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Fuente de ingreso	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
SVSA		\$ 1.000.000	

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

18. Fecha de radicación	19. Apellidos y nombres	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
01/14/2017	SONOCHA				
	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 DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

29. Datos complementarios	30. Fecha	31. Discapacidad	32. Tipo	33. Condición
34. Datos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales	35. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)



### B. REPORTE DE NOVEDADES

## 40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.  
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.  
☐ 3. Actualización del documento de identidad.  
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.  
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.  
 Código:   
☐ 6. Reinscripción en la EPS.  
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.  
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.  
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.  
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculaciones de una entidad autorizada afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo  
☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen  
☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del Trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

#### 41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de documento: de identidad: <input type="text"/>		Número del documento de identidad		Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		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 intromisión 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 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 del Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

## VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario Carlos Martinez

55. El empleador, aportante o afiliado responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio Comercio  
Nº 901.351.411 - 3  
REGARLOS

## IX. ANEXOS

- [illegible]

**Y DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la Entidad Teritorial Código del Municipio				67. Datos del SISBÉN Número de ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación DDMMAAAA		69. Fecha de validación DDMMAAAA	
70. Datos del funcionario que realiza la validación:											
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
Tipo de documento de identidad			Número del documento de identidad			71. Firma del funcionario					

OBSERVACIONES: 00. ASEO

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.

**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:**

203

**GLADYS ROCIO MARTINEZ MAYORGA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.668.610**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Julio del 2022.

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](http://www.porvenir.com.co) y actualice su Historia Laboral.







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GLADYS ROCIO MARTINEZ MAYORGA**, número de identificación **39668610**, está afiliado (a) desde **11/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 11/07/2022.

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



Medellín, 22 de Julio de 2022

**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 ECOLIMPIEZA que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, 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
C59671731	ANGULO TORRES LUZ ESTELA	21/07/2022		19010i24	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220331327

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 22/07/2022 08:42:07.

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

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57



Bogota 08.08.2022

Señores,

**UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA - NI 901351411**

Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2022-08-08 con numero de radicado 2086292 :

Cordialmente,

  
Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas



Luz stella. Angulo



EPS Sanitas

## Datos Basicos del Afiliado

<b>Tipo de identificación:</b>	CC	<b>Número de identificación:</b>	59671731
<b>Nombres:</b>	LUZ ESTELA ANGULO TORRES	<b>Fecha de nacimiento:</b>	12/11/1974
<b>Edad:</b>	47	<b>Género:</b>	F
<b>Dirección:</b>	CALLE 4C No. 14-16	<b>Ciudad:</b>	CUNDINAMARCA / SOACHA
<b>Teléfono:</b>	3144813916	<b>Celular:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	luz.stella32angulo@gmail.com	<b>Tutela:</b>	N

## Datos del Contrato EPS

<b>Producto:</b>	EPS	<b>Plan:</b>	REGIMEN CONTRIBUTIVO
<b>Contrato:</b>	802395	<b>Familia:</b>	1
<b>Usuario:</b>	1	<b>Regimen:</b>	REGIMEN CONTRIBUTIVO
<b>Tipo de Usuario:</b>	TITULAR	<b>Usuario Compartido:</b>	N
<b>Nivel de Sisben:</b>		<b>Parentesco:</b>	TITULAR
<b>Categoría:</b>	A	<b>Causal del Servicio:</b>	COBERTURA INTEGRAL
<b>Estado Servicio:</b>	HABILITADO	<b>Prestador Odontológico:</b>	UNIDAD MEDICA BETA SALUD LTDA
<b>Prestador Medico:</b>	EPS SANITAS CENTRO MEDICO SOACHA	<b>Fecha inicio vigencia:</b>	16/02/2007
<b>Fecha inicio vigencia:</b>	16/02/2007	<b>Fecha fin vigencia:</b>	

## Beneficiarios en el Contrato

Tipo de documento	Número de documento	Nombre	Parentesco	Estado servicio	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Prestador medico	Prestador odontológico s	Empleadore s
CC	1024577761	GIRALDO_A NGULO,MO NICA_ANDR EA	HIJO(A)	VIGENTE	18/09/2007		SINERGIA SALUD ATENCION BASICA AV 68	CLINICA ODONTOLO GICA ODONTO ESTETIK	
TI	1023385330	GRANADOS _ANGULO,J UAN_SEBAS TIAN	HIJO(A)	VIGENTE	04/08/2009		EPS SANITAS CENTRO MEDICO SOACHA	UNIDAD MEDICA BETA SALUD LTDA	
CC	59671731	ANGULO_T ORRES,LUZ _ESTELA	TITULAR	VIGENTE	16/02/2007		EPS SANITAS CENTRO MEDICO SOACHA	UNIDAD MEDICA BETA SALUD LTDA	Ver Prestadores



1263  
806

Datos Basicos del Afiliado

Tipo de CC  
Número de 59671731  
Identificación:

Nombres:

Información Empleadores

X

Edad:

Dirección:

Teléfono:

Correo electrónico:

Datos de

Producto:

Contrato:

Usuario:

Tipo de U

Nivel de S

Categoría

Estado Se

Prestador

Fecha Inic

Vigencia:

Beneficia

Tipo de

document

CC

TI

59671731  
ANGULO, T  
ORRES, LUZ TITULAR  
VIGENTE 16/02/2007  
ESTELA

MEDICO  
SALUD  
CENTRO  
BETA  
MEDICA  
UNIDAD  
EPS  
SOACHA  
LTDA  
MEDICO  
SALUD  
CENTRO  
BETA  
MEDICA  
UNIDAD  
EPS  
SOACHA  
LTDA

Ver

dore

Items per page: 5 0 of 0

UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA  
901351411  
Número de Identificación  
Nombre



**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ ESTELA ANGULO TORRES**, identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **59671731**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2010** 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 22 de julio de 2022.



**Blanca Nubia Ramirez Aldana**  
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.







## CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LUZ ESTELA ANGULO TORRES**, número de identificación **59671731**, está afiliado (a) desde **21/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 21/07/2022

La presente certificación se expide en Bogotá el día 29/07/2022 a solicitud del interesado

Cordialmente,

**Luz Marina Teuta Ríos**  
Jefe Departamento Subsidio  
certitrabajadores@cafam.com.co  
Teléfono 6468000 ext. 2253



1266  
809

	<b>ACTA ENTREGA DE DOTACIÓN</b>	<b>CÓDIGO: F-CON-01</b>
		<b>VERSIÓN: 01</b>

Ciudad, Bogotá 21-Julio-2022

Trabajador: Duz Stella Rodriguez Cedula: 52165450

Cargo: Op aseo y Cafeteria Centro de Costo: Secretaria de Ed. Soacha

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COLOR	TALLA
1	Pantalon		12 ✓
1	Camisa		1 ✓
1	Zapatos		38 ✓

**NOTA:**

- Los uniformes en general no se pueden cortar y destruir.
- El uniforme si les queda grande, mandarle a coger y, Pero no cortarlo.
- En caso de pérdida o robo notificar a la empresa, y hacer el denuncia respectivo.

Por políticas debemos recoger los uniformes anteriores, por higiene y seguridad y así mismo guardar la uniformidad. Usted debe hacer entrega del uniforme anterior en las debidas condiciones:

- Botas: lavadas dentro de una bolsa trasparente, marcando la talla.
- Calzado: limpio en una bolsa transparente.
- Uniforme: lavado, en bolsa trasparente, marcando la talla.
- Gorros: lavado
- Gafas: dentro de una bolsa trasparente.
- Todo será entregado por separado y directamente a su supervisor en mando.
- Carnet: debe realizar la devolución del carnet, en caso de perdidas deberá entregar el denuncia.

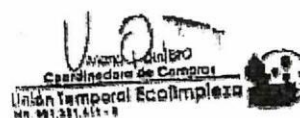
**El trabajador manifiesta:** En caso de daño de la dotación entregada o parte de ella, el trabajador se compromete a realizar los arreglos correspondientes o el cambio total de dicha prenda y su valor será descontado de su salario.

**Firma quien recibe**

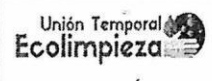
Duz Stella Rodriguez  
C.C. 52165450



**Firma quien entrega**





	ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Código: F-HSEQ-02
		Versión: 01

CENTRO DE COSTOS: Secretaría de Educación SACTA

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo vigentes que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.  
 Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo sin pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado de la empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA  
 El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE ENTREGA	GUANTE AMARILLO	GUANTE NEGRO	GUANTE ROJO	GUANTE DIELECTRICO	GUANTE BAQUETA	TAPABOCAS	PROTECTOR VISUAL	COFIA	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	FIRMA DE TRABAJADOR
1			JULIO.														
2	59671731	Luz Estela Arzate	19-7-2022	1	1	1			2	1							1. Luz Estela Arzate
3	1073694022	Yandry Katherine L	21-7-2022	1	1	1			2	1							1. Yandry Lara O
4	52165450	Luz Stella Rodriguez	21-7-2022	1	1	1			2	1							1. Luz Stella R.
5	52358775	Sandra Liliana Mendoza Velazco	22-7-2022	1	1	1			2	1							1. Sandra Liliana
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	

SUPERVISOR: \_\_\_\_\_







INFORME MENSUAL CONTRATO SECRETARIA DE EDUCACION

SOACHA

VISITAS INSTITUCIONALES EDUCATIVAS

MES JULIO

SUPERVISORA ALEXANDRA HOYOS

ECOLIMPIEZA

10. 10. 10.

11. 11. 11.

12. 12. 12.

13. 13. 13.

14. 14. 14.

15. 15. 15.

16. 16. 16.

1-3 INSTITUCION EDUCATIVA SANTA ANA

INTEGRACION EDUCATIVA SANTA ANA				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	28/07/2022	4	MILENA MORENO	10:00-6:00 6:00-2:00
			YULI ANDREA MOLINA	10:00-6:00 6:00-2:00
			YINI CAROLINA CASA	6:00-2:00 10:00-6:00
			VICKY CABRERA	6:00-2:00 10:00-6:00
DUCALES	21/07/2022 28/07/2022	1	MIRIAM ORTIZ	7:00-4:00
SANTA ANITA	19/07/2022 28/07/2022	1	MARIA TERESA CARVAJAL	9:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	Se hace visita de supervisión no se presentó ninguna novedad
DUCALES	Se hace visita de supervisión no se presentó ninguna novedad
SANTA ANITA	Se hace visita de supervisión no se presentó ninguna novedad

REPORTES NOVEDADES ESPECIFICAS I.E SANTA ANA	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	N/A	N/A	N/A
LICENCIA	N/A	N/A	N/A
TRASLADOS	N/A	N/A	N/A
FALTAS SIN JUSTIFICACION	7/06/2022 10/06/2022	ANGELA SANABRIA ANGELA SANABRIA	SANTA ANITA SANTA ANITA

№ п/п	Наименование	Единица измерения	Количество	Стоимость
1	Материалы	кг	100	1000
2	Работы	шт	50	500
3	Услуги	ч	20	200
4	Прочее	шт	10	100
5	Итого			1800

Всего: 1800

Сумма: 1800

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

№ п/п	Наименование	Единица измерения	Количество	Стоимость
1	Материалы	кг	100	1000
2	Работы	шт	50	500
3	Услуги	ч	20	200
4	Прочее	шт	10	100
5	Итого			1800

Всего: 1800

Сумма: 1800

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_







THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

UNIVERSITY OF MICHIGAN  
LIBRARY

INTEGRACION EDUCATIVA COPARTIR				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	18/07/2022	9	MARTHA LILIANA GUAYACAN	10:00-6:00 6:00-2:00
			ERIKA SAENZ	10:00-6:00 6:00-2:00
			JULIETH MELO	10:00-6:00 6:00-2:00
			LEIDY DUQUE	10:00-6:00 6:00-2:00
			MARCEDES PARRA	6:00-2:00 10:00-6:00
			MIREYA AVILA	6:00-2:00 10:00-6:00
			MIRIAM GAMBOA	6:00-2:00 10:00-6:00
			MIRIAM FIQUE	6:00-2:00 10:00-6:00
			NELLY CORTES	6:00-2:00 10:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVISION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E COMPARTIR	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	24-31/07/2022	GLADYS MAYORGA	PRINCIPAL
AUSENCIA INJUSTIFICADA	25/07/2022	SIN CUBRIR	PRINCIPAL





ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA COMPARTIR







ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA NUEVO COPARTIR

INTEGRACION EDUCATIVA NUEVO COMPARTIR				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	18/07/2022 28/07/2022	4	AZUCENA IBAÑEZ	10:00-6:00 6:00-2:00
			CARMEN CASALLAS	10:00-6:00 6:00-2:00
			ELIANA GONZALEZ	10:00-6:00 6:00-2:00
			YASBLEIDI RODRIGUEZ	10:00-6:00 6:00-2:00
SAN NICOLAS	18/07/2022 28/07/2022	3	ALABA LUZ GOMEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			MILENA ARDILA	6:00-2:00 10:00-6:00
			LUISA SANCHEZ	6:00-2:00 10:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD
SAN NICOLAS	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E NUEVO COMPARTIR	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	18/07/2022 28-30 /07/2022	SIN CUBIR	PRINCIPAL
INCAPACIDAD	19-20 /07/2022	SIN CUBRIR	PRINCIPAL
TRASLADOS	N/A	N/A	N/A
FALTAS SIN JUSTIFICACION	N/A	N/A	N/A





1294  
817



ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA NUEVO COMPARTIR





7 INSTITUCION EDUCATIVA PAZ Y ESPERANZA

INTEGRACION EDUCATIVA PAZ Y ESPERANZA				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	8/07/2022 15/07/2022 22/07/2022	6	ANA MARIA VARON	6:00-3:00
			CINDY RODRIGUEZ	6:00-3:00
			LIGIA CASALLAS	6:00-3:00
			MARIA YAMILA ESPAÑA	6:00-3:00
			NURY SANCHEZ	6:00-3:00
			ZULMA ROJAS	6:00-3:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVISION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E PAZ Y ESPERANZA	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	N/A	N/A	N/A
LICENCIA	N/A	N/A	N/A
TRASLADOS	N/A	N/A	N/A
FALTAS SIN JUSTIFICACION	N/A	N/A	N/A





✓ 276  
819



# ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA PAZ Y ESPERANZA







8-9 INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD LATINA

INTEGRACION EDUCATIVA CIUDAD LATINA				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	12/07/2022 25/07/2022 26/07/2022	5	ANA GONZALEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			SONIA GARZON	6:00-2:00 10:00-6:00
			JANETH GONZALEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			LUZ MARINA VALBUENA	6:00-2:00 10:00-6:00
			ANGIE VELEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
SEDES QUITO	12/07/2022 25/07/2022	1	LUZ GUTIERREZ	9:00-6:00

INFORME DE VISITAS

SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD
CIUDAD DE QUITO	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTES NOVEDADES ESPECIFICAS I.E CIUDAD LATINA	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	22-31/07/2022 23-26/07/2022	ANGELA SANABRIA SIN CUBRIR	PRINCIPAL
INCAPACIDAD	25/07/2022	N/A	PRINCIPAL
RENUNCIA FIDELIA Puentes	25/07/2022	SIN CUBRIR	PRINCIPAL
CONTRATACION	15/07/2022	ANGIE VERELZ	PRINCIPAL
TRASLADO	27/07/2022	ANGIE VELEZ	PRINCIPAL



FALTAS SIN JUSTIFICACION	18/07/2022	SIN CUBRIR	PRINCIPAL
--------------------------	------------	------------	-----------



# ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD LATINA









822

10-13 INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER

INTEGRACION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PINCIPAL	8/07/2022 11/07/2022 13/02/2022 15/07/2022	6	FABIOLA CORREA	6:00-2:00 10:00-6:00
			JENNY MAYORGA	6:00-2:00 10:00-6:00
			MARTHA GONZALEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			LUZ RODRIGUEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			MARIA VEGA	6:00-2:00 10:00-6:00
			WENDY PEREZ	6:00-2:00 10:00-6:00
SEDE VEREDITA		1	GILMA PARRA	9:00-6:00
SEDE CAMILO TORRES	13/07/2022 21/07/2022	1	CAROLINA TEJADA	7:00-4:00
SEDE MI TIERNA EDAD	13/07/2022 22/07/2022	2	SONIA GARZON KARINA VILLALOBOS	6:00-2:00 10:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD
SEDE VEREDITA	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD
SEDE CAMILO TORRES	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD
MI TIERNA EDAD	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTE NOVEDADES I.E CUIDAD LATIANA	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
APOYO SUPERNUMERARIA	12/07/2022 15/07/2022	GLADYS MAYORGA ANGELA SANBRIA	PRINCIPAL
LICENCIA	N/A	N/A	N/A





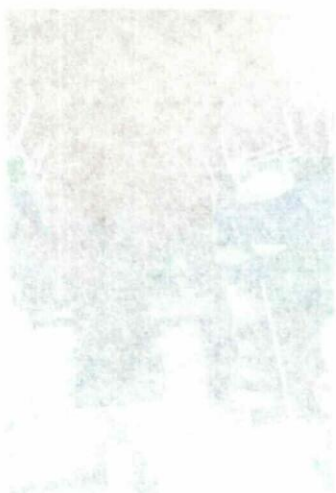
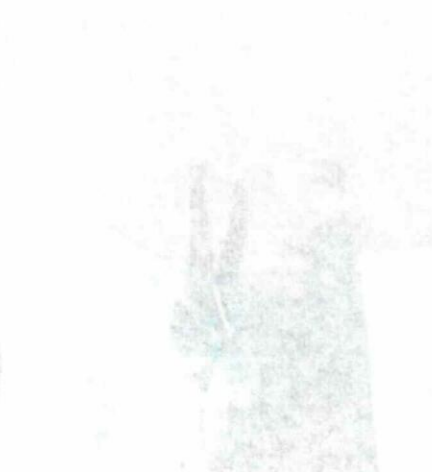
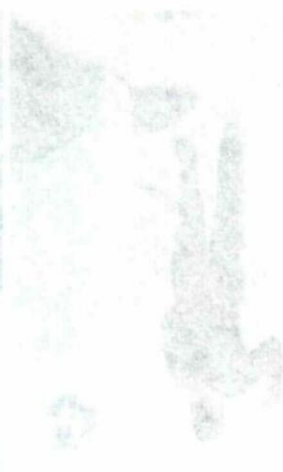
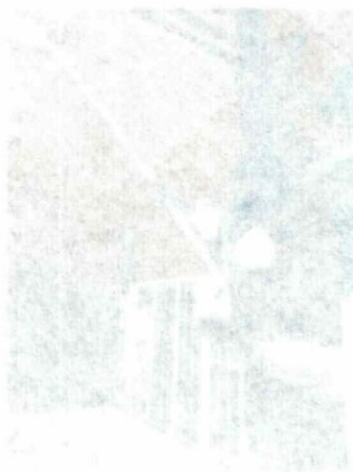
1280  
823

CONTATACION	22/07/2022	LUZ RODRIGUEZ	PRINCIPAL
FALTAS SIN JUSTIFICACION	N/A	N/A	N/A



### ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER





... ..

**geopolitica**  
 ... ..

... ..



SEDE 14 INSTITUCION EDUCATIVA  
LUIS HENRIQUEZ

I.E EDUCATIVA LUIS HENRIQUEZ				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	18/07/2022 25/07/2022	4	YULI PATIÑO	7:00-4:00
			LUZ MERI CARDENAS	7:00-4:00
			ROSALBA BERDUGO	7:00-4:00
			SONIA ARENAS	7:00-4:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTE NOVEDEDES ESPECIFICAS I.E LUIS ENRIQUEZ	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	N/A	N/A	N/A
LICENCIA	N/A	N/A	N/A
TRASLADOS	N/A	N/A	N/A
FALTAS SIN JUSTIFICACION	N/A	N/A	N/A













INSTITUCION EDUCATIVA  
INTEGRADO

INTEGRACION EDUCATIVA INTEGRADO				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	8/07/2022 14/07/2022 22/07/2022 28/07/2022	5	LEIDY VARGAS	6:00-2:00 10:00-6:00
			ADRIANA NOVOA	6:00-2:00 10:00-6:00
			DIANA VALDERRA	6:00-2:00 10:00-6:00
			MELANY MORENO	6:00-2:00 10:00-6:00
			TERESA TORRES	6:00-2:00 10:00-6:00
SEDE KENNEDY	14/07/2022 22/07/2022 28/07/2022	2	YENNY SIERRA	6:00-2:00 10:00-6:00
			NIDIA CASTRO	6:00-2:00 10:00-6:00
SEDE DANUBIO	14/07/2022 22/07/2022 28/07/2022	1	MARIA GUEVARA	6:00-2:00 10:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD
DANUBIO	ARREGLOS LOCATIVOS
KENNEDY	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E INTEGRADO	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	N/A	N/A	N/A

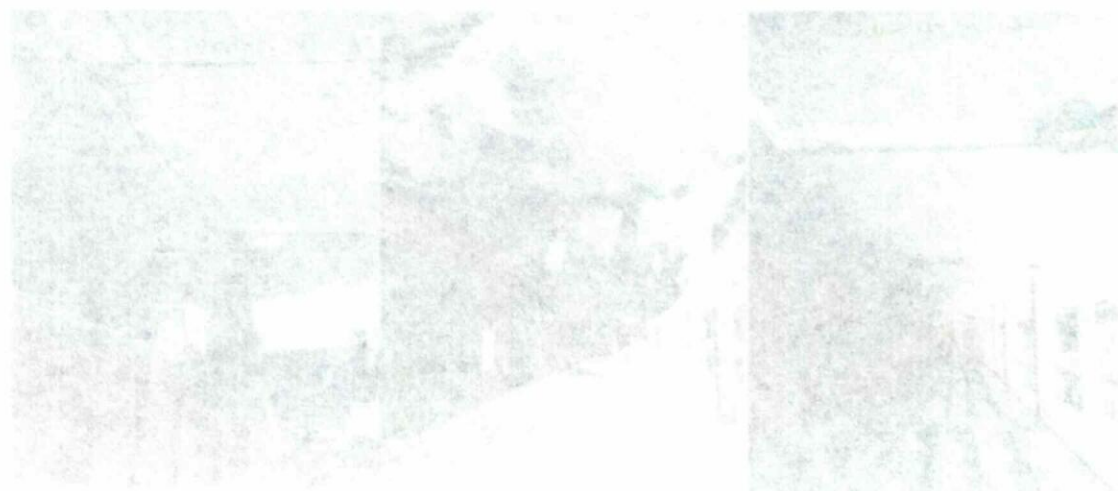


1284  
827



SEDE ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA INTEGRADO





THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

ecopubisto

the new journal







# 18-19 INSTITUCION EDUCATIVA DESPENSA

INTEGRACION EDUCATIVA DESPENSA				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	11/07/2022 19/07/2022 25/07/2022	4	AIDA CASTAÑEDA	6:00-2:00 10:00-6:00
			LUZ DARY ALARCON	6:00-2:00 10:00-6:00
			LUZ DELIS OROZCO	6:00-2:00 10:00-6:00
			VANESSA ESCOBAR	6:00-2:00 10:00-6:00
SEDE MARCO FIDEL SUAREZ	21/07/2022 30/07/2022	2	YENNY PRADA	6:00-2:00 10:00-6:00
			MARIA YOLANDA VILLAMIZAR	6:00-2:00 10:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD
MARCO FIDEL SUAREZ	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

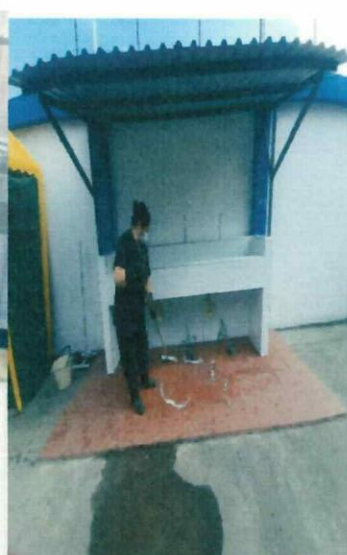
REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E DESPENSA	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE L
CONTRATACION	18/07/2022	VANESSA ESCOBAR	PRINCIPAL
RENUNCIA	N/A	N/A	N/A
APOYO	N/A	N/A	N/A
NUEVA CONTRATACION	N/A	N/A	N/A







## ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA DESPENSA







## 20 INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD VERDE

INTEGRACION EDUCATIVA CIUDAD VERDE				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	13/07/2022 19/07/2022	9	ANDREA GUEVARA	6:00-2:00 ,10:00-6:00
			DERLY URUENA	6:00-2:00 ,10:00-6:00
			FABIOLA SALAZAR	6:00-2:00 ,10:00-6:00
			LEONOR ESTRADA	6:00-2:00 ,10:00-6:00
			SANDRA SANCHEZ	6:00-2:00 ,10:00-6:00
			SANDRA PIÑEROS	6:00-2:00 ,10:00-6:00
			SANDRA RODRIGUEZ	6:00-2:00 ,10:00-6:00
			YANDRY LARA	6:00-2:00 ,10:00-6:00
			SANDRA MENDOZA	6:00-2:00 ,10:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVISION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E CIUDAD VERDE	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
RENUNCIA	12/07/2022 19/07/2022	SIN CUBRIR	PRINCIPAL PRINCIPAL
CONTRATACION	YANDRY LARA SANDRA MENDOZA	22/07/2022 25/07/2022	PRINCIPAL
TRASLADOS	N/A	N/A	N/A
FALTAS SIN JUSTIFICACION	N/A	N/A	N/A







ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA CUIDAD VERDE







THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

prohibited  
no other use

180



## 21-22 INSTITUCION EDUCATIVA LEON XII

INTEGRACION EDUCATIVA LEON XIII				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	5/07/2022 8/07/2022 12/07/2022 21/07/2022 27/07/22 30/07/2022	6	LILIANA PINEDA	6:00-2:00 10:00-6:00
			LAURA CASTELLANOS	6:00-2:00 10:00-6:00
			LUZ MARY MARROQUI	6:00-2:00 10:00-6:00
			MERCEDES TRIVIÑO	6:00-2:00 10:00-6:00
			OLGA GRANADOS	6:00-2:00 10:00-6:00
			TIRZA CORTEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
SEDE JUAN PABLO	21/07/2022	1	ADRIANA TORRES	9:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD
JUAN PABLO	SE REALIZO VISITA DE SUPERVICION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E LEON XIII	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	N/A	N/A	N/A
LICENCIA	N/A	N/A	N/A
TRASLADOS	N/A	N/A	N/A
FALTAS SIN JUSTIFICACION	N/A	N/A	N/A









23 INSTITUCION EDUCATIVA CHILOE

INTEGRACION EDUCATIVA CHILOE				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	11/07/2022 19/07/2022	7	JENIFER PARRA	6:00-2:00 10:00-6:00
			LUZ MIREYA RAMOS	6:00-2:00 10:00-6:00
			ANGIE RODRIGUEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			GLORIA MOLINA	6:00-2:00 10:00-6:00
			LEIDER ANDREA VARGAS	6:00-2:00 10:00-6:00
			MARISOL OCHOA	6:00-2:00 10:00-6:00
			JENNY RODRIGUEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			SULY REYES	6:00-2:00 10:00-6:00

INFORME DE VISITAS			
SEDE	NOVEDADES		
PRINCIPAL	SE REALIZO VISITA DE SUPERVISION Y NO HUBO NINGUNA NOVEDAD		
REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E CHILOE	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	11-16 /07/2022 22-24/07/2022	SIN CUBRIR GLADYS MAYORGA	PRINCIPAL
CONTRATACION	27/07/2022	N/A	PRINCIPAL
RENUNCIA	SULY REYES	SIN CUBRIR	PRINCIPAL
FALTAS SIN JUSTIFICACION	21/07/2022	SIN CUBRIR	PRINCIPAL





1292  
835

ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA

CHILE







1293  
836

24-25 INSTITUCION EDUCATIVA MANUELA BELTRAN

INTEGRACION EDUCATIVA MANUELA BELTRAN				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	8/07/2022 11/07/2022 14/07/2022 19/07/2022 25/07/2022	4	MARIA DEIRY SANCHEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			BELKYS LEAL	6:00-2:00 10:00-6:00
			CECILIA SANCHEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			MARTHA ORTIZ	6:00-2:00 10:00-6:00
SEDE PABLO SEXTO	12/07/2022 21/07/2022 30/07/2022	2	PAOLA ORTIZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			LORENA DIAZ	6:00-2:00 10:00-6:00

INFORME DE VISITAS	
SEDE	NOVEDADES
PRINCIPAL	SI NOVEDAD
PABLO VI	SIN NOVEDAD

REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E MANUELA BELTRAN	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD	29-30 /07/2022	SIN CUBRIR	PRINCIPAL
LICENCIA POR LUTO	21-26/07/2022	GLADYS MAYORGA	PRINCIPAL
CONTRATACION	15/07/2022	PAOLA ORTIZ	PABLO VI
FALTAS SIN JUSTIFICACION	N/A	N/A	N/A











26 INSTITUCION EDUCATIVA LA UNIDAD

INTEGRACION EDUCATIVA LA UNIDAD				
SEDES	FECHA DE VISITAS	NUMERO DE OPERARIAS	NOMBRES Y APELLIDOS	HORARIOS
PRINCIPAL	8/08/2022 13/07/2022 19/07/2022	15	MIRIAM CULMA	6:00-2:00 10:00-6:00
			CAROLINA GONZALEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			DINA BABILONIA	6:00-2:00 10:00-6:00
			GLADYS SANCHEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			LUZ CAÑAS	6:00-2:00 10:00-6:00
			MARTHA GONZALEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			MARTHA MOLINA	6:00-2:00 10:00-6:00
			NELLY VALBUENA	6:00-2:00 10:00-6:00
			SHIRLEY ARDILA	6:00-2:00 10:00-6:00
			SOLANYEN VARGAS	6:00-2:00 10:00-6:00
			SUGEY SANCHEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			WINDY PINTO	6:00-2:00 10:00-6:00
			YEIMY PINZON	6:00-2:00 10:00-6:00
			YOHANA LOPEZ	6:00-2:00 10:00-6:00
			YURIAN ROJAS	6:00-2:00 10:00-6:00

INFORME DE VISITAS			
SEDE	NOVEDADES		
PRINCIPAL	SI NOVEDAD		
REPORTE NOVEDADES ESPECIFICAS I.E LA UNIDAD	FECHAS	QUIEN CUBRIO	SEDE
INCAPACIDAD INCAPACIDAD	11 -12 /07/22 13/07/2022 13-14/07/2022 26-27 /07/2022 28-29/07/2022	ANGELA SANABRIA ANGELA SANABRIA ANGELA SANABRIA SIN CUBRIR SIN CUBRIR	PRINCIPAL
CONTACION	15/07/2022 27/07/22	DINA BABILONIA LUZ CAÑAS	PRINCIPAL
TRASLADO A CUIDAD LATINA	26/07/2022	ANGIE VELEZ	PRINCIPAL





ASEO Y DESINFECCION INSTITUCION EDUCATIVA LA UNIDAD

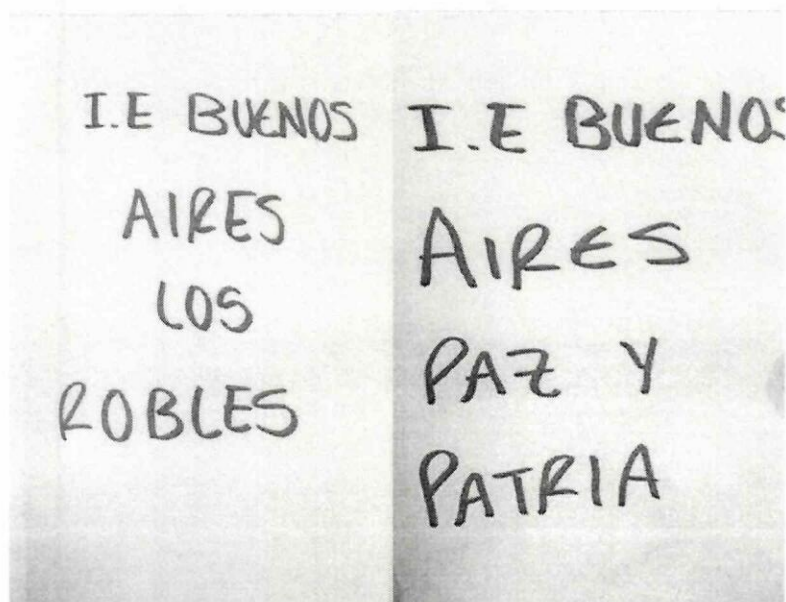
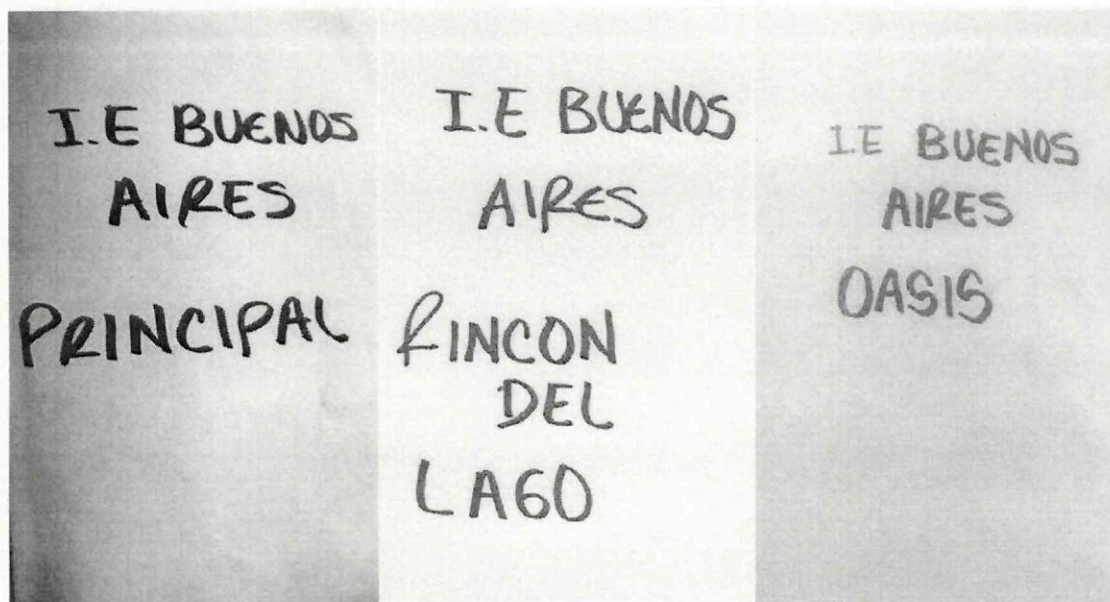






I.E BUENOS AIRES

I.E	SEDES	BITACORA	NOVED AD
I.E BUENOS AIRES	PRINCIPAL	SI	N/A
	PAZ Y PATRIA	SI	N/A
	RINCON DEL LAGO	SI	N/A
	OASIS	SI	N/A
	LOS ROBLES	SI	N/A







25	14-11	5:44	2:10 pm	Yong P. Bina	29-01-22	5:45 am	2:10 pm	Manila C
26	14-11	6:50 am	2:00 pm	Yong P. Bina	29-01-22	9:53	6:15	Manila A
27	14-11	6:50 am	2:15 pm	Yong P. Bina	29-01-22	16:00	6:15	Yong P. Bina
28	14-11	5:50 am	2:10 pm	Yong P. Bina	30-01-22	5:40 am		Yong P. Bina
29	14-11	5:45 am	2:10 pm	Yong P. Bina	30-01-22	5:45		Manila A
30	14-11	5:30 am	2:10 pm	Yong P. Bina	30-01-22	5:50 am		Manila C
31	14-11	5:30 am	2:10 pm	Yong P. Bina				
32	14-11	5:30 am	2:15 pm	Yong P. Bina				
33	14-11	9:15 am	6:05 pm	Manila B				
34	14-11	9:45	6:05 pm	Manila A				

Se realizó un trabajo de mantenimiento en el laboratorio de Ecolimpieza con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios.

Realizado

29-01-22	5:45 am	2:10 pm	Manila C
29-01-22	9:53	6:15	Manila A
29-01-22	16:00	6:15	Yong P. Bina
30-01-22	5:40 am		Yong P. Bina
30-01-22	5:45		Manila A
30-01-22	5:50 am		Manila C

1	14-11	5:44	2:10 pm	Yong P. Bina	29-01-22	5:45 am	2:10 pm	Manila C
2	14-11	6:50 am	2:00 pm	Yong P. Bina	29-01-22	9:53	6:15	Manila A
3	14-11	6:50 am	2:15 pm	Yong P. Bina	29-01-22	16:00	6:15	Yong P. Bina
4	14-11	5:50 am	2:10 pm	Yong P. Bina	30-01-22	5:40 am		Yong P. Bina
5	14-11	5:45 am	2:10 pm	Yong P. Bina	30-01-22	5:45		Manila A
6	14-11	5:30 am	2:10 pm	Yong P. Bina	30-01-22	5:50 am		Manila C
7	14-11	5:30 am	2:10 pm	Yong P. Bina				
8	14-11	5:30 am	2:15 pm	Yong P. Bina				
9	14-11	9:15 am	6:05 pm	Manila B				
10	14-11	9:45	6:05 pm	Manila A				









I.E	SEDES	BITACORA	NOVEDAD
I.E EL BOSQUE	PRINCIPAL	SI	N/A

[illegible]

Yodanis Harcelaya  
James "Chino"  
Sofia Chiriqui  
Luis Rivera  
Harold Hernandez  
Napoli Gamero  
Yodanis Harcelaya  
Alfonso Torres  
Jesús Romero

Yodanis Harcelaya  
Yodanis Harcelaya  
Yodanis Harcelaya





LE SAN MATEO

I.E SAN  
MATED  
MARISCAL  
SUCRE

I.E SAN  
MATEO  
PRINCIPAL

[illegible][illegible]





3			
FECHA	NOMBRE	ACTIVIDAD	HORA
01-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
02-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
03-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
04-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
05-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
06-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
07-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
08-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
09-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
10-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
11-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
12-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
13-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
14-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
15-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
16-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
17-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
18-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
19-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
20-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
21-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
22-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
23-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
24-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
25-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
26-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
27-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
28-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
29-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
30-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
31-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm

4			
FECHA	NOMBRE	ACTIVIDAD	HORA
01-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
02-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
03-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
04-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
05-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
06-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
07-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
08-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
09-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
10-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
11-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
12-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
13-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
14-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
15-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
16-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
17-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
18-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
19-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
20-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
21-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
22-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
23-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
24-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
25-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
26-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
27-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
28-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
29-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm
30-07-22	Lily Andra	Chaves Gualter	5:30 2:00
31-07-22	Lily Andra	Rosa Horta	6 am 2 pm





I.E LAS VILLAS

I.E	SE DE S	BITACORA	NOVEDAD
I.E LAS VILLAS	VARON DEL SOL	SI	N/A
	SOL NACIENTE	SI	N/A
	LIBERTADORES	SI	N/A
	DORADO	SI	N/A
	FERNANDITO	NO	No se usa la minuta, sede en servicio de aseo permanente

I.E LAS  
VILLAS  
SOL  
NACIENTE

I.E LAS  
VILLAS  
VARON DEL  
SOL

I.E LAS  
VILLAS  
LIBERTADORES

I.E LAS  
VILLAS  
EL DORADO





8

5

6

23-04-12 INCURSO DE CIRCULAR DE GAZ LUZ MARINA  
FAMIEZ CIAMIS PAJACOS ELIZABETH CABEZAS  
EVAIZA GONZALEZ BRIGADA EN TOPO EL CIELO  
TULIO JIM MINGUANA NOVEDAD

25-04-12 INCURSO DE CIRCULAR DE GAZ ELIZABETH CABEZAS CIAMIS  
PAJACOS DE IGAC NORMAN FAMIEZ CIARA GONZALEZ  
TULIO JIM MINGUANA NOVEDAD

26-04-12 INCURSO DE CIRCULAR DE GAZ ELIZABETH CABEZAS CIAMIS  
PAJACOS DE TOPE LUZ MARINA FAMIEZ CIARA GONZALEZ  
TULIO JIM MINGUANA NOVEDAD

27-04-12 INCURSO DE CIRCULAR DE GAZ ELIZABETH CABEZAS  
CIAMIS PAJACOS DE IGAC LUZ MARINA FAMIEZ  
CIARA GONZALEZ TULIO JIM MINGUANA NOVEDAD

28-04-12 INCURSO DE CIRCULAR DE GAZ ELIZABETH CABEZAS  
CIAMIS PAJACOS DE IGAC LUZ MARINA FAMIEZ  
CIARA GONZALEZ TULIO JIM MINGUANA NOVEDAD

29-04-12 INCURSO DE CIRCULAR DE GAZ ELIZABETH CABEZAS  
CIAMIS PAJACOS DE IGAC LUZ MARINA FAMIEZ  
CIARA GONZALEZ TULIO JIM MINGUANA NOVEDAD

30-04-12 INCURSO DE CIRCULAR DE GAZ LUZ MARINA  
FAMIEZ CIAMIS PAJACOS CIARA GONZALEZ  
ELIZABETH CABEZAS BRIGADA EN TOPO EL  
CIELO TULIO JIM MINGUANA NOVEDAD



18-07-22 Mirreya Gonzalez 9:30 AM - 2:00 PM  
19-07-22 Carolina Borda 9:30 AM - 3:30 PM  
20-07-22 Mirreya Gonzalez 9:30 AM - 2:00 PM  
21-07-22 Carolina Borda 9:30 AM - 3:30 PM  
22-07-22 Mirreya Gonzalez 9:30 AM - 2:00 PM  
23-07-22 Carolina Borda 9:30 AM - 3:30 PM  
24-07-22 Mirreya Gonzalez 9:30 AM - 2:00 PM  
25-07-22 Carolina Borda 9:30 AM - 3:30 PM  
26-07-22 Mirreya Gonzalez 9:30 AM - 2:00 PM  
27-07-22 Carolina Borda 9:30 AM - 3:30 PM  
28-07-22 Mirreya Gonzalez 9:30 AM - 2:00 PM  
29-07-22 Carolina Borda 9:30 AM - 3:30 PM  
30-07-22 Mirreya Gonzalez 9:30 AM - 2:00 PM  
31-07-22 Carolina Borda 9:30 AM - 3:30 PM

[illegible]

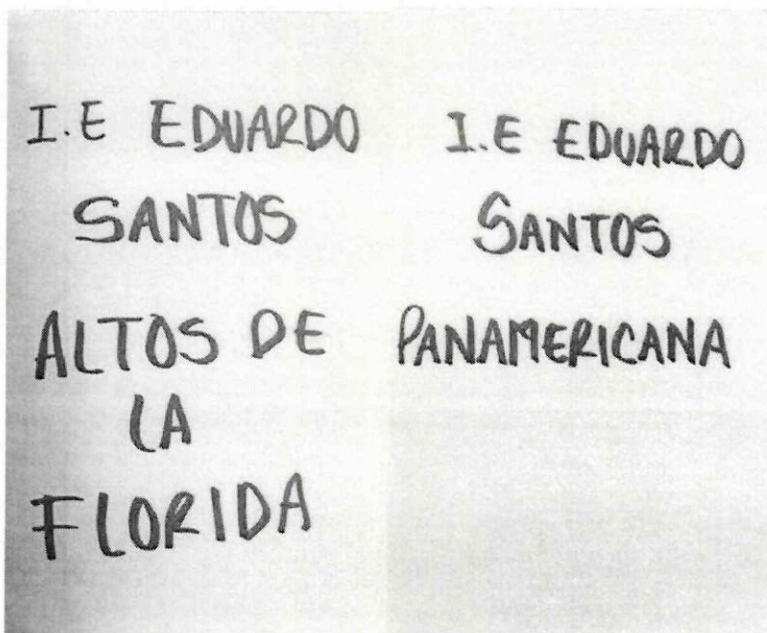
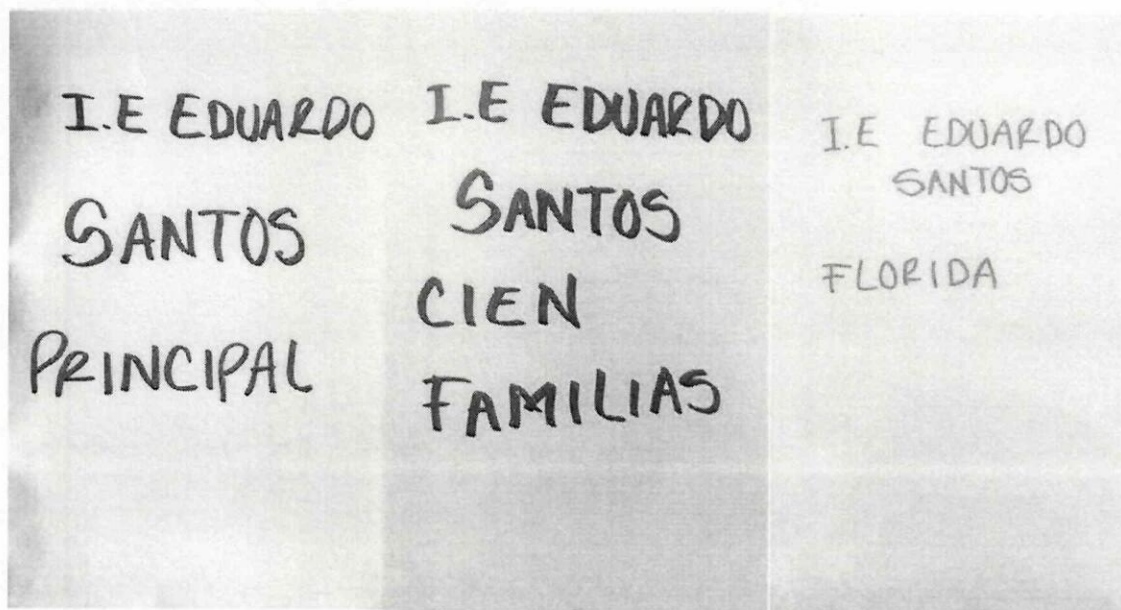
Fecha	Nombres	H. Entradas	H. Salidas	Firma
29-07-22	Felipe Barahona	10:00 am	6:00 pm	Felipe Barahona
30-07-22	Felipe Barahona	7:00 am	3:00 pm	Felipe Barahona





I.E EDUARDO SANTOS

IE	SEDES	BITACORA	NOVEDAD
I.E EDUARDO SANTOS	PRINCIPAL	SI	N/A
	PANAMERICANA	SI	N/A
	ALTOS DE LA FLORIDA	SI	N/A
	FLORIDA	SI	N/A
	CIEN FAMILIAS	SI	N/A

















I.E RICAURTE

I.E	SEDES	BITACORA	NOVEDAD
I.E RICAURTE	PRINCIPAL	SI	N/A
	ESPERANZA	SI	N/A
	ESPAÑA	SI	N/A
	PORVENIR	SI	N/A

I.E RICAURTE  
PRINCIPAL

I.E RICAURTE  
ESPERANZA

I.E RICAURTE  
PORVENIR

I.E RICAURTE  
ESPAÑA



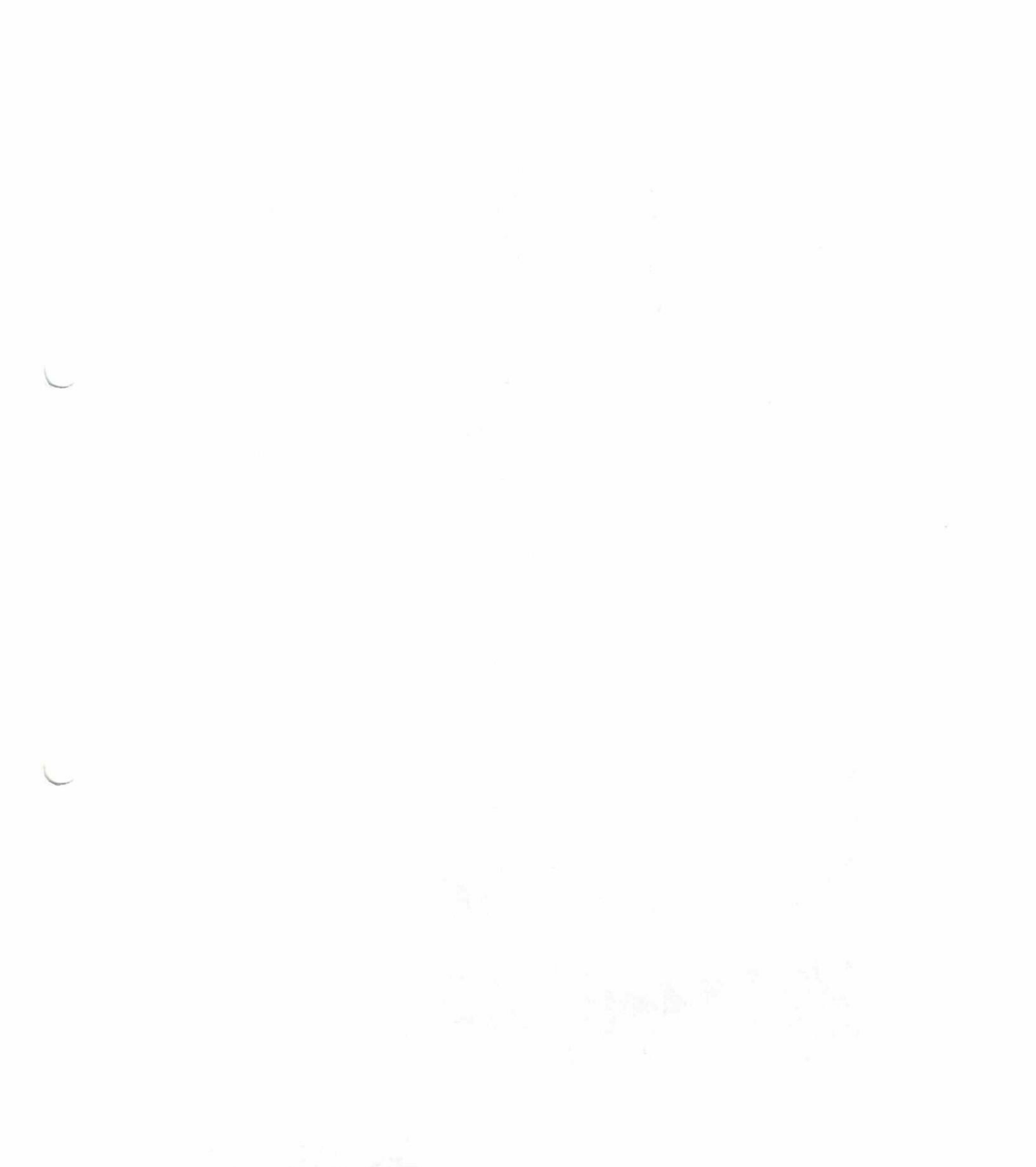


21-07-22	Dynora solo	6:30 am	7:10 pm
22-07-22	Dynora solo	6:30 am	7:00 pm
23-07-22	Dynora solo	6:50 am	7:10 pm
24-07-22	Dynora solo	6:50 am	7:10 pm
25-07-22	Dynora solo	6:50 am	7:10 pm
26-07-22	Dynora solo	6:50 am	7:10 pm
27-07-22	Dynora solo	6:50 am	7:10 pm
28-07-22	Dynora solo	6:50 am	7:10 pm
29-07-22	Dynora solo	6:50 am	7:10 pm
30-07-22	Dynora solo	6:50 am	7:10 pm

25-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
26-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
27-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
28-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
29-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
30-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm

20-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
21-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
22-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
23-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
24-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
25-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
26-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
27-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
28-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
29-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
30-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm

29-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
30-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
31-07-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
01-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
02-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
03-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
04-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
05-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
06-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
07-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
08-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
09-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
10-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
11-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
12-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
13-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
14-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
15-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
16-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
17-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
18-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
19-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
20-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
21-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
22-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
23-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
24-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
25-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
26-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
27-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
28-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
29-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
30-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm
31-08-22	Unión Temporal	6:30 am	7:10 pm



7

1

3

9





I.E EUGENIO DIAZ CASTRO

I E	SEDES	BITACORA	NOVEDAD
I.E EUGENIO DIAZ CASTRO	PRINCIPAL CHARQUITO	SI	N/A
	PRIMIARIA	SI	N/A
	ALTOS DE LA CRUZ	SI	N/A
	ROMERAL	NO	Esta sede no tiene minuta
	RISARALDA	SI	N/A
	HUNGRIA	SI	N/A
	SAN JORGE	SI	N/A
	FUSUNGA	SI	N/A
	VILLANUEVA	NO	Esta sede no tiene minuta
	CHACUA	SI	N/A

I.E EUGENIO  
DIAZ C.  
PRINCIPAL  
BACHILLERATO

I.E EUGENIO  
DIAZ C.  
PRIMARIA

I.E EUGENIO  
DIAZ C.  
FUSUNGA





I.E EUGENIO  
DIAZ C.  
HUNGRIA

I.E EUGENIO  
DIAZ C.  
ALTOS DE  
LA  
CRUZ

I.E EUGENIO  
DIAZ C.  
SAN  
JORGE

I.E EUGENIO  
DIAZ C.  
CHACUA

I.E EUGENIO  
DIAZ C.  
RISARALDA



FECHA	NOMBRE HERRERA	H.SALIDA	Grado
	en buen estado de peso, hablo con la Licen-		
	cada Maria Lourdes, ella menciono la		
	conformidad con el medico John Torres		
27-07-22	Wanna O	6:45	5:00 p.m. para
27-07-22	Wanna B	6:45	5:00 p.m. para
28-07-22	Wanna O	6:45	5:00 p.m. para
29-07-22	Wanna B	6:30	5:00 p.m. para
30-07-22	Wanna O	6:30	5:00 p.m. para
30-07-22	Wanna B	6:45	1:00 p.m. para
30-07-22	Wanna B	6:45	1:00 p.m. para
30-07-22	Wanna B	6:45	1:00 p.m. para

4

27-07-22 Margarita Ortiz 6:30 AM 5 PM Margarita Ortiz  
27-07-22 Luz Alady Bello 6:30 am - 5 pm - Luz Bello  
28-07-22 Mar Egan Corp V. 6:30 am - 5 pm - Mar Egan  
28-07-22 Luz Alady Bello - 6:30 am - 5 pm - Luz Bello  
29-07-22 Luz Alady Bello - 6:40 am - 5 pm - Luz Bello  
30-07-22 Mar Egan Corp V. 6:40 am - 1 PM - Mar Egan  
30-07-22 Margarita Ortiz 6:40 am 1 PM Margarita Ortiz  
01-08-22 Luz Alady Bello - 6:30 am - 5 pm Luz Bello





Julio FUSUNGA

Fecha	Nombre	Hora de Salida	Hora de Entrada
11-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
12-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
13-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
14-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
15-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
16-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
17-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
18-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
19-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
20-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
21-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
22-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
23-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
24-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
25-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
26-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
27-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
28-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
29-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
30-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM

3

Fecha	Nombre	Hora de Salida	Hora de Entrada
04-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
12-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
13-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
14-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
15-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
16-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
17-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
18-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
19-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
20-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
21-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
22-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
23-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
24-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
25-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
26-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
27-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
28-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
29-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
30-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM

2

Fecha	Nombre	Hora de Salida	Hora de Entrada
01-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
02-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
03-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
04-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
05-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
06-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
07-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
08-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
09-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
10-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
11-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
12-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
13-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
14-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
15-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
16-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
17-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
18-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
19-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
20-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
21-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
22-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
23-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
24-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
25-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
26-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
27-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
28-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
29-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM
30-07-22	María E	6:45 AM	3:00 PM

C. San Jorge

Fecha	Nombre	Apellido	ingreso	salida
07-11-22	Maria E	capit	7:00am	3:00pm
07-12-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-17-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-14-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-15-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-16-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-18-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-19-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-21-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-22-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-23-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-25-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-26-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-27-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-28-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-29-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
07-30-22	Mar. E	capit	7:00am	3:00pm
28-1-22	Margarita	capit	7:00am	3:00pm





3

Fecha	Nombre	H. ENTRADA	H. SALIDA	Finca
Se encuentran cumpliendo con sus labores se le hicieron observaciones generales				
Nash Jones				
27-07-22	Adriano R	7:00AM	2:00PM	Adriano R
28-07-22	Adriano R	7:00AM	2:00PM	Adriano R
29-07-22	<b>APOYO SEDE MINERA</b>			
30-07-22	Adriano R	7:00AM	1:00PM	Adriano R

11-06-22	Adriana R	7:00 AM	2:00 PM	Adriana Rodriguez
12-06-22	Adriana R	7:00 AM	2:00 PM	Adriana Rodriguez
13-06-22	Adriana R	7:00 AM	2:00 PM	Adriana Rodriguez
14-06-22	Adriana R	7:00 AM	2:00 PM	Adriana Rodriguez
15-06-22	perro de transe	OTRERO	BUNESTAS FAMILIA	
16-06-22	Adriana R	7:00 AM	2:00 PM	Adriana Rodriguez
18-07-22	Maria E. C. V	7:00 AM	2:00 PM	Maria E. C. V
19-07-22	incapacitada			
19-07-22	incapacitada			
21-07-22	Adriana R	7:00 AM	2:00 PM	Adriana Rodriguez
22-07-22	Alvaro Soto	HUMERA		
23-07-22	Adriana R	7:00 AM	1:00 PM	Adriana Rodriguez
25-07-22	Adriana R	7:00 AM	2:00 PM	Adriana Rodriguez
26-07-22	Adriana R	7:00 AM	2:00 PM	Adriana Rodriguez
26-07-22	22. CUGUEN RUIZ - CH			

Se realizó visita a la sede toda se encuentra en buenas condiciones de uso la oficina

Sample	SEIT	MOLEX	SPIN
Yarns beam	Risusulida	7:00	3:00
Yarns beam	Ramond	7:00	3:00
Yarns beam	Risusulida	7:00	3:00
Yarns beam	Ramond	7:00	3:00
Yarns beam	Risusulida	7:00	3:00
Yarns beam	Changshu	7:00	1:00
Yarns beam	Risusulida	7:00	7:00
Yarns beam	Ramond	7:00	3:00
Yarns beam	Ramond	7:00	3:00
Yarns beam	Risusulida	7:00	3:00
Yarns beam	Changshu	7:00	1:00
Yarns beam	Risusulida	7:00	3:00
Yarns beam	Ramond	7:00	3:00
Yarns beam	Risusulida	7:00	3:00
Yarns beam	Changshu	7:00	1:00



+369  
860**BRIGADAS DE COLEGIOS SED SOACHA**

9 mensajes

**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

28 de junio de 2022, 12:19

Para: Andres Camilo Valentin Barreto &lt;ingandresito2014@gmail.com&gt;

CC: Yuri Janeth Baquero Sanchez &lt;ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, DIANA MORENO Contabilidad Sed Soacha &lt;dmoreno.cto@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, Director Talento Humano Ecolimpieza &lt;direccionth.utecolimpieza@ecoservir.com&gt;, Lesly Torres &lt;leslycts2602@gmail.com&gt;, Irma Alexandra Hoyos &lt;hoyosalexandra2018@gmail.com&gt;

CCO: JORGE MAURICIO PULIDO &lt;jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com&gt;

Buenas tardes

Señor Andrés

Envío el listado de brigadas programadas por día para las instituciones las cuales se realizarán entre el 05 de julio al 09 de julio, le anexo el número de operarias por punto y el día en que se realizará para esto tendremos un coordinador en campo para verificación de las mismas, solo se tendrán 26 personas como se tiene estipulado en el modificadorio.

El personal restante ingresará el 11 de julio a las instituciones

Gracias

--

**JORGE PULIDO**

Jefe de Operaciones

Cel 3182957765

CLL 25B NRO 85B 83

BOGOTA

**BRIGADAS DEL 05 AL 09 DE JULIO.xlsx**

19K

**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

30 de junio de 2022, 13:59

Para: JORGE MAURICIO PULIDO &lt;jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com&gt;

[Texto citado oculto]

**BRIGADAS DEL 05 AL 09 DE JULIO.xlsx**

19K

**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

1 de julio de 2022, 06:05

Para: Andres Camilo Valentin Barreto &lt;ingandresito2014@gmail.com&gt;

CC: Yuri Janeth Baquero Sanchez &lt;ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, DIANA MORENO Contabilidad Sed Soacha &lt;dmoreno.cto@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, Director Talento Humano Ecolimpieza &lt;direccionth.utecolimpieza@ecoservir.com&gt;, Lesly Torres &lt;leslycts2602@gmail.com&gt;, Irma Alexandra Hoyos &lt;hoyosalexandra2018@gmail.com&gt;

Buenas tardes





Señor Valentin

Informó que se realizarán las brigadas de acuerdo al cronograma establecido

Gracias

[Texto citado oculto]

**Yuri Janeth Baquero Sanchez** <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>  
Para: Jorge Mauricio Pulido <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>  
CC: Gloria Alvarez Tovar <galvarez@alcaldiasoacha.gov.co>

1 de julio de 2022, 10:19

Buenos días,  
damos alcance a las solicitudes de las IEO León XIII y Luis Carlos Galan quien solicita sean asignadas las mismas operarias de cada IEO.

Quedamos atentos,

----- Forwarded message -----

De: **Rector I.E.S. Leon XIII** <rector.leonxiii@alcaldiasoacha.gov.co>  
Date: vie, 1 jul 2022 a las 9:42  
Subject: Re: BRIGADAS DE COLEGIOS SED SOACHA  
To: Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>

Cordial saludo:

De manera atenta solicito el ajuste del cronograma teniendo en cuenta que por solicitud de la SEM se tiene la sede Colombo en arrendamiento por la ampliación de la infraestructura del colegio León XIII, allí son 14 aulas que ocupan todos los niños de preescolar y primaria matriculados en el León XIII.

Sugiero, respetuosamente, se contemple la opción de enviar el servicio programado para el 09 en Juan Pablo I y que las tres operarias programadas para el 5 en el León XIII hagan la misma labor en el Juan Pablo que solo tiene 5 aulas.

Gracias por la atención prestada.

Cordialmente:

Lic. Elvia Maria Rodriguez Ibáñez  
Rectora

El mié, 29 jun 2022 a las 8:41, Yuri Janeth Baquero Sanchez (<ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>) escribió:

Buenos días,

Nos permitimos compartir cronograma en referencia para fines pertinentes.

Quedamos atentos,

----- Forwarded message -----

De: **JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>  
Date: mar, 28 jun 2022 a las 12:19  
Subject: BRIGADAS DE COLEGIOS SED SOACHA  
To: Andres Camilo Valentin Barreto <ingandresito2014@gmail.com>  
Cc: Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>, DIANA MORENO Contabilidad Sed Soacha <dmoreno.cto@alcaldiasoacha.gov.co>, Director Talento Humano Ecolimpieza <direccionh.utecolimpieza@ecoservir.com>, Lesly Torres <leslycts2602@gmail.com>, Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>

[Texto citado oculto]





Para: Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>  
CC: Gloria Alvarez Tovar <galvarez@alcaldiasoacha.gov.co>, Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>, Lesly Torres <leslycts2602@gmail.com>

Buenas tardes

Teniendo en cuenta las observaciones recibidas se realiza el ajuste y se envía el cronograma con la modificación, se entenderá por días las instituciones y se deja el nombre de la institución que se atenderá en esa fecha

Gracias

[Texto citado oculto]

 **OPERARIAS QUE ASISTEN A LABORAR EN LA BRIGADA (3).xlsx**  
17K


**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>  
Para: Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>  
CCO: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

2 de julio de 2022, 16:31

Alex de esto debemos hacer informe por aparte tu quedas encargada

Gracias

[Texto citado oculto]

 **OPERARIAS QUE ASISTEN A LABORAR EN LA BRIGADA (3).xlsx**  
17K

**Irma Alexandra Hoyos** <hoyosalexandra2018@gmail.com>  
Para: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

2 de julio de 2022, 16:51

OK RECIBIDO.

[Texto citado oculto]

**Yuri Janeth Baquero Sanchez** <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>  
Para: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>  
CC: Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>, Magda Johana Córdoba Cuáran <mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co>, Diana Julieth Moreno Monroy <dmoreno.cto@alcaldiasoacha.gov.co>

7 de julio de 2022, 17:18

Buenas tardes,

De acuerdo a solicitud telefónica por parte de la Supervisión Dra. Magda nos permitimos reiterar la solicitud de priorización de brigadas para el día de mañana en las siguientes IEO; toda vez que se llevará a cabo actividades el próximo sábado en dichas IEO:

COLEGIO	NOMBRES OP	CEDULA	NÚMERO DE OPERARIAS	FECHA INICIO PROGRAMADA
I.E. PAZ Y ESPERANZA	ANA MARIA	1012383917	3	5/07/2022
	VARON	1019006906		
	LUZ CEDID SASTRE	52528164		
	NORMA LETICIA OJEDA			
I.E. LUIS HENRIQUEZ	YULI PAULIN	1032396865	3	5/07/2022
	PATÍÑO	55165180		
	MARIA CECILIA	39670579		
	SANCHEZ			
	ALBA JENNY RUBIANO			
I.E. COMPARTIR	MARTHA LILIANA	20879161	5	6/07/2022
	GUAYACAN	1012383917		
	ANA MARIA	33817332		



	VARON	1019006906	
	SONIA	26441488	
	CLARENACARDOZO		
	LUZ CEDID SATRE		
	LUZ MIRIA SILVA		

1372  
863

Quedamos atentos.

[Texto citado oculto]



**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

8 de julio de 2022, 15:30

Para: Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>

CC: Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>, Magda Johana Córdoba Cuáran

<mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co>, Diana Julieth Moreno Monroy <dmoreno.cto@alcaldiasoacha.gov.co>, Director Talento Humano Ecolimpieza <direccionh.utecolimpieza@ecoservir.com>

Buenos días

Señorita Yury

Informó que el día de hoy las brigadas de estos tres colegios se han realizado con normalidad

Gracias

[Texto citado oculto]



869

NÚMERO DE SEDE	NOMBRE DE LA SEDE	DIRECCION DE LA SEDE	NOMBRE DE LA SEDE	NÚMERO DE OPERARIAS	FECHA DE LA BRIGADA
SEDE 1	1.E SANTA ANA SEDE PRINCIPAL	CARRERA 11D No 17 A 44	1.E SANTA ANA SEDE PRINCIPAL CARRERA 11D No 17 A 44	3 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 5	1.E NUEVO COMPARTIR SEDE PRINCIPAL	CARRERA 14 No 29-80	1.E NUEVO COMPARTIR SEDE PRINCIPAL CARRERA 14 No 29-80	3 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 7	1.E PAZ Y ESPERANZA	CALLE 9 A Sur No 15A-285 CIUDADELA TORRENTES	1.E PAZ Y ESPERANZA CALLE 9 A Sur No 15A-285 CIUDADELA TORRENTES	3 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 8	1.E CIUDAD LATINA SEDE PRINCIPAL	CALLE 37 A SUR N° 15 I 21	1.E CIUDAD LATINA SEDE PRINCIPAL CALLE 37 A SUR N° 15 I 21	3 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 10	1.E GENERAL SANTANDER SEDE PRINCIPAL	CRA 9 # 14-04	1.E GENERAL SANTANDER SEDE PRINCIPAL CRA 9 # 14-04	3 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 14	1.E LUIS HENRIQUEZ SEDE PRINCIPAL	CARRERA 19 A # 5- 51 SUR	1.E LUIS HENRIQUEZ SEDE PRINCIPAL CARRERA 19 A # 5- 51 SUR	3 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 18	1.E LA DESPENSA SEDE A PRINCIPAL	CARRERA 7 No 58- 32	1.E LA DESPENSA SEDE A PRINCIPAL CARRERA 7 No 58- 32	3 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 19	1.E LA DESPENSA SEDE B MARCO FIDEL SUAREZ	CARRERA 20 No 45 A- 36	1.E LA DESPENSA SEDE B MARCO FIDEL SUAREZ CARRERA 20 No 45 A- 36	2 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 21	1.E LEON XIII SEDE PRINCIPAL	CARRERA 8 No 5- 83	1.E LEON XIII SEDE PRINCIPAL CARRERA 8 No 5- 83	3 OPERARIAS	5/07/2022
SEDE 4	1.E COMPARTIR	CALLE 26 SUR # 12B- 16	1.E COMPARTIR CALLE 26 SUR # 12B- 16	5 OPERARIAS	6/07/2022
SEDE 23	1.E CHILOE SEDE CHILOE EQ 5 Y 6	DIAGONAL 28- 29-99	1.E CHILOE SEDE CHILOE EQ 5 Y 6 DIAGONAL 28- 29-99	5 OPERARIAS	6/07/2022
SEDE 26	1.E EL CAMBIO AVANZA LA UNIDAD	Carrera 38 No 12 DE Ciudad verde- Soacha	1.E EL CAMBIO AVANZA LA UNIDAD Carrera 38 No 12 DE Ciudad verde- Soacha	9 OPERARIAS	6/07/2022
SEDE 30	1.E JULIO CESAR TURBAY SEDE PRINCIPAL	TRANSVERSAL 9 ESTE N° 45 A 80 BARRIO JULIO RINCÓN	1.E JULIO CESAR TURBAY SEDE PRINCIPAL TRANSVERSAL 9 ESTE N° 45 A 80 BARRIO JULIO RINCÓN	7 OPERARIAS	6/07/2022
SEDE 32	1.E CIUDADELA SUCRE SEDE LA ISLA	Carrera 33 C Este No 40-195 Soacha- Cundinamarca	1.E CIUDADELA SUCRE SEDE LA ISLA Carrera 33 C Este No 40-195 Soacha- Cundinamarca	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 35	1.E GABRIEL GARCIA MARQUEZ LOMA LINDA O MINUTO DE DIOS	TRANSVERSAL 5A ESTE No 6-30 Villa Mercedes Sector	1.E GABRIEL GARCIA MARQUEZ LOMA LINDA O MINUTO DE DIOS TRANSVERSAL 5A ESTE No 6-30 Villa Mercedes Sector	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 36	1.E BUENOS AIRES SEDE PRINCIPAL	CALLE 42 N° 51- 57 ESTE	1.E BUENOS AIRES SEDE PRINCIPAL CALLE 42 N° 51- 57 ESTE	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 43	1.E SAN MATEO SEDE MARISCAL SUCRE	Calle 26 C con Carrera 2A barrio Mariscal Sucre	1.E SAN MATEO SEDE MARISCAL SUCRE Calle 26 C con Carrera 2A barrio Mariscal Sucre	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 44	1.E LAS VILLAS SEDE PRINCIPAL SOL NACIENTE	KR 2 15A-14	1.E LAS VILLAS SEDE PRINCIPAL SOL NACIENTE KR 2 15A-14	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 45	1.E LAS VILLAS SEDE LA FABRICA VARÓN DEL SOL	CL 13-30-52	1.E LAS VILLAS SEDE LA FABRICA VARÓN DEL SOL CL 13-30-52	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 46	1.E LAS VILLAS SEDE LIBERTADORES	KR 5 ESTE 15-10	1.E LAS VILLAS SEDE LIBERTADORES KR 5 ESTE 15-10	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 49	1.E EDUARDO SANTOS SEDE PRINCIPAL	Calle 10A No 2A-47	1.E EDUARDO SANTOS SEDE PRINCIPAL Calle 10A No 2A-47	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 53	1.E EDUARDO SANTOS SEDE PANAMERICANA	Calle 6 No 21- 55	1.E EDUARDO SANTOS SEDE PANAMERICANA Calle 6 No 21- 55	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 54	1.E RICAURTE SEDE PRINCIPAL	CARRERA 5 ESTE # 24-40	1.E RICAURTE SEDE PRINCIPAL CARRERA 5 ESTE # 24-40	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 56	1.E RICAURTE SEDE EL PORVENIR	CRA 1 A ESTE # 24A-52	1.E RICAURTE SEDE EL PORVENIR CRA 1 A ESTE # 24A-52	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 63	1.E EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE ALTOS DEL CABRA O RISARALDA 1.E EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE SAN JORGE	VEREDAS CORREGIMIENTO UNO	1.E EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE ALTOS DEL CABRA O RISARALDA 1.E EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE SAN JORGE VEREDAS CORREGIMIENTO UNO	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 64	1.E EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE VILLA NUEVA 1.E EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE CHALLA	VEREDAS CORREGIMIENTO UNO	1.E EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE VILLA NUEVA 1.E EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE CHALLA VEREDAS CORREGIMIENTO UNO	2 OPERARIAS	7/07/2022
SEDE 6	1.E NUEVO COMPARTIR SAN NICOLAS	CALLE 40 SUR N° 7 D 15 SAN NICOLAS	1.E NUEVO COMPARTIR SAN NICOLAS CALLE 40 SUR N° 7 D 15 SAN NICOLAS	1 OPERARIA	8/07/2022
SEDE 13	1.E GENERAL SANTANDER MI TIerna	Calle 14 # 9-25	1.E GENERAL SANTANDER MI TIerna Calle 14 # 9-25	1 OPERARIA	8/07/2022
SEDE 15	1.E INTEGRADO DE SOACHA SEDE PRINCIPAL	CARRERA 10 # 12- 81	1.E INTEGRADO DE SOACHA SEDE PRINCIPAL CARRERA 10 # 12- 81	3 OPERARIAS	8/07/2022
SEDE 17	1.E INTEGRADO DE SOACHA SEDE C KENNEDY	CARRERA 11 # 12-24	1.E INTEGRADO DE SOACHA SEDE C KENNEDY CARRERA 11 # 12-24	1 OPERARIA	8/07/2022
SEDE 20	1.E CIUDAD VERDE	TRANSVERSAL 17 # 18- 85	1.E CIUDAD VERDE TRANSVERSAL 17 # 18- 85	4 OPERARIAS	8/07/2022
SEDE 24	1.E MANUELA BELTRAN SEDE PRINCIPAL	CALLE 96 # 10-07 SOACHA DESPENSA	1.E MANUELA BELTRAN SEDE PRINCIPAL CALLE 96 # 10-07 SOACHA DESPENSA	3 OPERARIAS	8/07/2022
SEDE 25	1.E MANUELA BELTRAN SEDE PABLO VI	Transv 13 C B6 N° 28-18	1.E MANUELA BELTRAN SEDE PABLO VI Transv 13 C B6 N° 28-18	1 OPERARIA	8/07/2022
SEDE 27	1.E LUIS CARLOS GALÁN PRINCIPAL	CALLE 44 No 21B-20 ESTE	1.E LUIS CARLOS GALÁN PRINCIPAL CALLE 44 No 21B-20 ESTE	1 OPERARIA	8/07/2022
SEDE 31	1.E CIUDADELA SUCRE SEDE PRINCIPAL	Carrera 33 B este Calle 38 Barrio Ciudadela Soacha- Cund	1.E CIUDADELA SUCRE SEDE PRINCIPAL Carrera 33 B este Calle 38 Barrio Ciudadela Soacha- Cund	2 OPERARIAS	8/07/2022
SEDE 34	1.E CAZUCA	Transversal 4 Este No 7-49	1.E CAZUCA Transversal 4 Este No 7-49	3 OPERARIAS	8/07/2022
SEDE 41	1.E EL BOSQUE SEDE PRINCIPAL	CARRERA 19 ESTE # 17A-64	1.E EL BOSQUE SEDE PRINCIPAL CARRERA 19 ESTE # 17A-64	3 OPERARIAS	8/07/2022

333





860

SEDE 42	I.E. SAN MATEO SEDE PRINCIPAL	CRA 5 B ESTE No. 26-04 SAN MATEO - SOACHA	I.E. SAN MATEO SEDE PRINCIPAL CRA 5 B ESTE No. 26-04 SAN MATEO - SOACHA	3 OPERARIAS	8/07/2022
SEDE 2	I.E. SANTA ANA SEDE DUCALES	CARRERA 13 No. 9-64 Sur Ducales	I.E. SANTA ANA SEDE DUCALES CARRERA 13 No. 9-64 Sur Ducales	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 3	I.E. SANTA ANA SEDE SANTA ANITA	CARRERA 5 No. 11-39 sur	I.E. SANTA ANA SEDE SANTA ANITA CARRERA 5 No. 11-39 sur	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 9	I.E. CIUDAD LATINA - CIUDAD DE QUITO	CARRERA 22 No. 3A-08	I.E. CIUDAD LATINA CARRERA 22 No. 3A-08	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 11	I.E. GENERAL SANTANDER - VEREDITA	CRA 3 # 14-25	I.E. GENERAL SANTANDER VEREDITA CRA 3 # 14-25	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 12	I.E. GENERAL SANTANDER - CAMILO TORRES	Calle 24 # 8-15	I.E. GENERAL SANTANDER CAMILO TORRES Calle 24 # 8-15	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 16	I.E. INTEGRADO DE SOACHA SEDE B DANUBIO	CARRERA 17B # 10 - 44	I.E. INTEGRADO DE SOACHA SEDE B DANUBIO CARRERA 17B # 10 - 44	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 22	I.E. LEON XIII SEDE JUAN PABLO I	TRANSVERSAL 13 A # 06 - 08	I.E. LEON XIII SEDE JUAN PABLO I TRANSVERSAL 13 A # 06 - 08	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 28	I.E. LUIS CARLOS GALAN ALTOS DEL PINO	Tv 28 A Este Calle 42	I.E. LUIS CARLOS GALAN ALTOS DEL PINO Tv 28 A Este Calle 42	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 29	I.E. LUIS CARLOS GALAN CASA LOMA	Calle 58 B No. 15-60 Este	I.E. LUIS CARLOS GALAN CASA LOMA Calle 58 B No. 15-60 Este	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 33	I.E. CIUDADELA SUCRE SEDE EL PROGRESO	Carrera 46 Este No. 54 A - 24 Soacha - Cundinamarca	I.E. CIUDADELA SUCRE SEDE EL PROGRESO Carrera 46 Este No. 54 A - 24 Soacha - Cundinamarca	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 37	I.E. BUENOS AIRES SEDE RINCON DEL LAGO	CALLE 56 S N. 41 E- 01 Interior 1	I.E. BUENOS AIRES SEDE RINCON DEL LAGO CALLE 56 S N. 41 E- 01 Interior 1	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 38	I.E. BUENOS AIRES SEDE OASIS	DIAGONAL 49 SUR N. 31 - 71 Manzana 151 Lote 6 y 7	I.E. BUENOS AIRES SEDE OASIS DIAGONAL 49 SUR N. 31 - 71 Manzana 151 Lote 6 y 7	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 39	I.E. BUENOS AIRES SEDE LOS ROBLES	CARRERA 46 E N. 54 A - 24 Manzana 16 lote 11	I.E. BUENOS AIRES SEDE LOS ROBLES CARRERA 46 E N. 54 A - 24 Manzana 16 lote 11	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 40	I.E. BUENOS AIRES SEDE PAZ Y PATRIA	CALLE 31 A - 43 - 42 E	I.E. BUENOS AIRES SEDE PAZ Y PATRIA CALLE 31 A - 43 - 42 E	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 47	I.E. LAS VILLAS SEDE EL DORADO	KR 3C 16-66	I.E. LAS VILLAS SEDE EL DORADO KR 3C 16-66	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 48	I.E. LAS VILLAS SEDE FERNANDITO	KR 3 ESTE 14-38	I.E. LAS VILLAS SEDE FERNANDITO KR 3 ESTE 14-38	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 50	I.E. EDUARDO SANTOS SEDE CIEN FAMILIAS	Calle 6 N° 2-19	I.E. EDUARDO SANTOS SEDE CIEN FAMILIAS Calle 6 N° 2-19	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 51	I.E. EDUARDO SANTOS SEDE FLORIDA	Calle 7D No 8-13 E	I.E. EDUARDO SANTOS SEDE FLORIDA Calle 7D No 8-13 E	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 52	I.E. EDUARDO SANTOS SEDE ALTOS DE LA FLORIDA	Carrera 26 Este con calle 6E	I.E. EDUARDO SANTOS SEDE ALTOS DE LA FLORIDA Carrera 26 Este con calle 6E	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 55	I.E. RICARTE SEDE LA ESPERANZA	CARRERA 7 # 22-30	I.E. RICARTE SEDE LA ESPERANZA CARRERA 7 # 22-30	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 57	I.E. RICARTE SEDE ESPANA B	CLL 18 # 03-02	I.E. RICARTE SEDE ESPANA B CLL 18 # 03-02	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 58	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE PRINCIPAL EL CHARQUITO	CLL 6 NO 2-11 - CORREGIMIENTO DOS	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE PRINCIPAL EL CHARQUITO CLL 6 NO 2-11 - CORREGIMIENTO DOS	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 59	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE ROMERAL	VEREDA ROMERAL - CORREGIMIENTO UNO	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE ROMERAL VEREDA ROMERAL - CORREGIMIENTO UNO	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 60	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE FUSUNGA	VEREDA FUSUNGA - CORREGIMIENTO UNO	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE FUSUNGA VEREDA FUSUNGA - CORREGIMIENTO UNO	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 61	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE HUMORIA	VEREDA HUMORIA - CORREGIMIENTO UNO	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE HUMORIA VEREDA HUMORIA - CORREGIMIENTO UNO	1 OPERARIA	9/07/2022
SEDE 62	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE ALTO DE LA CRUZ	VEREDA ALTO DE LA CRUZ - CORREGIMIENTO UNO	I.E. EUGENIO DIAZ CASTRO SEDE ALTO DE LA CRUZ VEREDA ALTO DE LA CRUZ - CORREGIMIENTO UNO	1 OPERARIA	9/07/2022

1324



**SOLICITUD APOYO PERSONAL SERVICIOS GENERALES**

6 mensajes

**I.E.S. General Santander** <generalsantander@alcaldiasoacha.gov.co>

5 de julio de 2022, 14:27

Para: jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com, hoyosalexandra2018@gmail.com, Yuri Janeth Baquero Sanchez &lt;ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, ingeandresito2014@gmail.com

Buenas Tardes.

Cordial saludo, teniendo en cuenta la solicitud hecha personalmente, nuevamente solicito el favor de personal de servicios generales para brigada en la sede principal de la IEO General Santander, teniendo en cuenta que está reparaciones locativas y pintura.

Lo anterior con el fin de garantizar que el día lunes 11 de julio recibamos a los estudiantes de la sede central con las instalaciones limpias y organizadas.

Atentamente,

WILLIAM DE JESÚS MONTOYA  
Rector**Irma Alexandra Hoyos** <hoyosalexandra2018@gmail.com>

5 de julio de 2022, 14:33

Para: JORGE MAURICIO PULIDO &lt;jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com&gt;

[Texto citado oculto]

**Yuri Janeth Baquero Sanchez** <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>

6 de julio de 2022, 11:02

Para: Magda Johana Córdoba Cuáran &lt;mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co&gt;

CC: Gloria Alvarez Tovar &lt;galvarez@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, Marco Fidel Velez Amaya

&lt;mvelez.cto@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, Jorge Mauricio Pulido &lt;jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com&gt;, Miguel Ángel Barragán Montero &lt;mbarragan.cto@alcaldiasoacha.gov.co&gt;

Buenos días,

De acuerdo a validación del área de Planeación según solicitud y comunicación anexa de contingencias reportadas, nos permitimos poner en consideración la solicitud de reinicio de servicio de aseo para las siguientes IEO con el total de las operarias del contrato:

1. IEO Leon XIII Obra: 7 Operarias
2. IEO Manuela Beltran Obra: 6 operarias
3. IEO La Unidad - Emergencia por inundación: 15 Operarias
4. IEO General Santander Mantenimiento: 6 Operarias (Sede ppal)

Quedamos atentos.

El mar, 5 jul 2022 a las 15:03, Marco Fidel Velez Amaya (<mvelez.cto@alcaldiasoacha.gov.co>) escribió:  
Buena tarde.

Las Instituciones en las que se encuentran trabajando las cuadrillas de mantenimiento son las siguientes:

1. IEO Leon XIII
2. IEO Manuela Beltran.
3. IEO La Unidad - Emergencia por inundación.

La IEO General Santander se encuentra realizando trabajos de pintura con recursos propios de la Institución.

El mar, 5 jul 2022 a las 14:50, Yuri Janeth Baquero Sanchez (<ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>) escribió:



1326  
867

Buenas tardes,

De acuerdo solicitud de la IEO en referencia, cordialmente solicitamos sea confirmado que IEO se encuentran actualmente adelantando obras o tienen situaciones particulares y requieren intervención especial del servicio de aseo (Caso inundación la Unidad).

Quedamos atentos, gracias.

----- Forwarded message -----

De: **I.E.S. General Santander** <generalsantander@alcaldiasoacha.gov.co>

Date: mar, 5 jul 2022 a las 14:28

Subject: SOLICITUD APOYO PERSONAL SERVICIOS GENERALES

To: <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>, <hoyosalexandra2018@gmail.com>, Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>, <ingeandresito2014@gmail.com>

[Texto citado oculto]



--  
Muchas gracias.



**Marco Fidel Vélez Amaya.**

Profesional Especializado - Contrato 221 -  
2021

Secretaría de Educación y Cultura

Tel: (57 1) 7305500

mvelez.cto@alcaldiasoacha.gov.co

---

Cra 7 A No. 15 - 79 Soacha - Cundinamarca / Línea de atención al usuario (57 1) 7305500

/ [www.soachaeducativa.edu.co](http://www.soachaeducativa.edu.co),

Alerta legal: Este correo electrónico no representa la opinión o el consentimiento expreso de la Alcaldía Municipal de Soacha. La información aquí contenida es confidencial y puede tener la condición de mensaje privilegiado, el cual no puede ser usado ni divulgado a personas distintas de su destinatario. Se prohíbe su retención, uso, grabación, aprovechamiento o divulgación con cualquier propósito. Si por error recibe este mensaje, devuélvalo a su remitente y elimínelo de su correo.



---

**Magda Johana Córdoba Cuáran** <mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co>

6 de julio de 2022, 11:49

Para: Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>

CC: Gloria Alvarez Tovar <galvarez@alcaldiasoacha.gov.co>, Jorge Mauricio Pulido

<jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>, Marco Fidel Velez Amaya <mvelez.cto@alcaldiasoacha.gov.co>, Miguel Ángel

Barragán Montero <mbarragan.cto@alcaldiasoacha.gov.co>





1377  
868

Cordial saludo.

Conforme la información al pie, solicito por favor que con el reinicio del contrato se active el personal necesario para la atención de las IEO relacionadas al pie a fin de lograr la correcta ejecución y servicio de salud de la entidad.

Gracias

[Texto citado oculto]

--

Cordialmente,



**Magda Johana Córdoba Cuarán**

Directora Administrativa y Financiera

Secretaría Educación y Cultura

Tel: (57 1) 7305500 Ext: 1020

[mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co](mailto:mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co)

---

Cra 7 # 14 - 62 Soacha - Cundinamarca / línea de atención al usuario (57 1) 7305500/

**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

6 de julio de 2022, 13:55

Para: Luisa Fernanda Bustos Veloza <contratacionutecolimpieza@ecoservir.com>, Lesly Torres <leslycts2602@gmail.com>, Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>

CCO: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

Buenas tardes

Luisa

Envío la lista para la realización de los contratos, tenemos 32 ingresos mañana y el personal restante sería el 11 de julio

Lesly y Alexandra envió el horario de las personas para venir a la oficina, lo realice por colegio para entrega de epp de una vez

Los de las 7:00 am firman y deben irse a los colegios de una vez así que por favor les informan que se necesita que traigan el uniforme para que salgan de una vez

Gracias

[Texto citado oculto]

--

**JORGE PULIDO**

Jefe de Operaciones

Cel 3182957765

CLL 25B NRO 85B 83

BOGOTA



contratos sed soacha.xls

379K



x378  
869

**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

9 de julio de 2022, 18:30

Borrador para: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

[Texto citado oculto]



**contratos sed soacha.xls**

379K



**SOLICITUD APOYO PERSONAL SERVICIOS GENERALES**

6 mensajes

**I.E.S. General Santander** <generalsantander@alcaldiasoacha.gov.co>

5 de julio de 2022, 14:27

Para: jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com, hoyosalexandra2018@gmail.com, Yuri Janeth Baquero Sanchez &lt;ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, ingeandresito2014@gmail.com

Buenas Tardes.

Cordial saludo, teniendo en cuenta la solicitud hecha personalmente, nuevamente solicito el favor de personal de servicios generales para brigada en la sede principal de la IEO General Santander, teniendo en cuenta que está reparaciones locativas y pintura.

Lo anterior con el fin de garantizar que el día lunes 11 de julio recibamos a los estudiantes de la sede central con las instalaciones limpias y organizadas.

Atentamente,

WILLIAM DE JESÚS MONTOYA  
Rector

**Irma Alexandra Hoyos** <hoyosalexandra2018@gmail.com>

5 de julio de 2022, 14:33

Para: JORGE MAURICIO PULIDO &lt;jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com&gt;

[Texto citado oculto]

**Yuri Janeth Baquero Sanchez** <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>

6 de julio de 2022, 11:02

Para: Magda Johana Córdoba Cuáran &lt;mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co&gt;

CC: Gloria Alvarez Tovar &lt;galvarez@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, Marco Fidel Velez Amaya &lt;mvelez.cto@alcaldiasoacha.gov.co&gt;, Jorge Mauricio Pulido &lt;jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com&gt;, Miguel Ángel Barragán Montero &lt;mbarragan.cto@alcaldiasoacha.gov.co&gt;

Buenos días,

De acuerdo a validación del área de Planeación según solicitud y comunicación anexa de contingencias reportadas, nos permitimos poner en consideración la solicitud de reinicio de servicio de aseo para las siguientes IEO con el total de las operarias del contrato:

1. IEO Leon XIII Obra: 7 Operarias
2. IEO Manuela Beltran Obra: 6 operarias
3. IEO La Unidad - Emergencia por inundación: 15 Operarias
4. IEO General Santander Mantenimiento: 6 Operarias (Sede ppal)

Quedamos atentos.

El mar, 5 jul 2022 a las 15:03, Marco Fidel Velez Amaya (<mvelez.cto@alcaldiasoacha.gov.co>) escribió:  
Buena tarde.

Las Instituciones en las que se encuentran trabajando las cuadrillas de mantenimiento son las siguientes:

1. IEO Leon XIII
2. IEO Manuela Beltran.
3. IEO La Unidad - Emergencia por inundación.

La IEO General Santander se encuentra realizando trabajos de pintura con recursos propios de la Institución.

El mar, 5 jul 2022 a las 14:50, Yuri Janeth Baquero Sanchez (<ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>) escribió:





1300  
871

Buenas tardes,  
De acuerdo solicitud de la IEO en referencia, cordialmente solicitamos sea confirmado que IEO se encuentran actualmente adelantando obras o tienen situaciones particulares y requieren intervención especial del servicio de aseo (Caso inundación la Unidad).

Quedamos atentos, gracias.

----- Forwarded message -----

De: **I.E.S. General Santander** <generalsantander@alcaldiasoacha.gov.co>

Date: mar, 5 jul 2022 a las 14:28

Subject: SOLICITUD APOYO PERSONAL SERVICIOS GENERALES

To: <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>, <hoyosalexandra2018@gmail.com>, Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>, <ingeandresito2014@gmail.com>

[Texto citado oculto]



--  
Muchas gracias.



**Marco Fidel Vélez Amaya.**

Profesional Especializado - Contrato 221 -  
2021

Secretaría de Educación y Cultura

Tel: (57 1) 7305500

mvelez.cto@alcaldiasoacha.gov.co

---

Cra 7 A No. 15 - 79 Soacha - Cundinamarca / Línea de atención al usuario (57 1) 7305500

/ [www.soachaeducativa.edu.co](http://www.soachaeducativa.edu.co),

Alerta legal: Este correo electrónico no representa la opinión o el consentimiento expreso de la Alcaldía Municipal de Soacha. La información aquí contenida es confidencial y puede tener la condición de mensaje privilegiado, el cual no puede ser usado ni divulgado a personas distintas de su destinatario. Se prohíbe su retención, uso, grabación, aprovechamiento o divulgación con cualquier propósito. Si por error recibe este mensaje, devuélvalo a su remitente y elimínelo de su correo.



---

**Magda Johana Córdoba Cuáran** <mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co>

6 de julio de 2022, 11:49

Para: Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>

CC: Gloria Alvarez Tovar <galvarez@alcaldiasoacha.gov.co>, Jorge Mauricio Pulido

<jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>, Marco Fidel Velez Amaya <mvelez.cto@alcaldiasoacha.gov.co>, Miguel Ángel Barragán Montero <mbarragan.cto@alcaldiasoacha.gov.co>



872  
Cordial saludo.

Conforme la información al pie, solicitó por favor que con el reinicio del contrato se active el personal necesario para la atención de las IEO relacionadas al pie a fin de lograr la correcta ejecución y servicio de salud de la entidad.

Gracias

[Texto citado oculto]

--

Cordialmente,

**Magda Johana Córdoba Cuarán**

Directora Administrativa y Financiera

Secretaría Educación y Cultura

Tel:( 57 1) 7305500 Ext: 1020

mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co

---

Cra 7 # 14 - 62 Soacha - Cundinamarca / línea de atención al usuario (57 1) 7305500/

**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

6 de julio de 2022, 13:55

Para: Luisa Fernanda Bustos Veloza <contratacionutecolimpieza@ecoservir.com>, Lesly Torres <leslycts2602@gmail.com>, Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>

CCO: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

Buenas tardes

Luisa

Envío la lista para la realización de los contratos, tenemos 32 ingresos mañana y el personal restante sería el 11 de julio

Lesly y Alexandra envió el horario de las personas para venir a la oficina, lo realice por colegio para entrega de epp de una vez

Los de las 7:00 am firman y deben irse a los colegios de una vez así que por favor les informan que se necesita que traigan el uniforme para que salgan de una vez

Gracias

[Texto citado oculto]

--

**JORGE PULIDO**

Jefe de Operaciones

Cel 3182957765

CLL 25B NRO 85B 83

BOGOTA





1282  
873

**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>  
Para: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

9 de julio de 2022, 18:30

[Texto citado oculto]



**contratos sed soacha.xls**

379K





## INFORME DE OPTIMIZACION

4 mensajes

JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

9 de julio de 2022, 18:11

Para: Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>

CC: DIANA MORENO Contabilidad Sed Soacha <dmoreno.cto@alcaldiasoacha.gov.co>, Andres Camilo Valentin Barreto <ingandresito2014@gmail.com>, Magda Johana Córdoba Cuáran <mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co>, Director Talento Humano Ecolimpieza <direccionh.utecolimpieza@ecoservir.com>, Control Interno <Controlinterno@ecoservir.com>, Lesly Torres <leslycts2602@gmail.com>, Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>

CCO: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

Buenas tardes

Señorita Yury

Envío el informe de optimización, las cantidades no han variado mucho esto debido a las semanas de receso, en estas semanas realizaremos verificación con los coordinadores nuevamente, pero nos han dicho que siguen los mismos ítem.

En caso de ser necesario adicionar algo con gusto se realizará la labor necesaria

Gracias

--

JORGE PULIDO

Jefe de Operaciones

Cel 3182957765

CLL 25B NRO 85B 83

BOGOTA



INFORME DE OPTIMIZACION.xlsx

4466K

JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

12 de julio de 2022, 09:46

Para: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

Printher in office

[Texto citado oculto]



INFORME DE OPTIMIZACION.xlsx

4466K

JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

15 de julio de 2022, 13:40

Para: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

[Texto citado oculto]

[Texto citado oculto]



CLL 17 NRO 33 54

BOGOTA

1384  
825

---

 **INFORME DE OPTIMIZACION.xlsx**  
4466K

---

**JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>  
Para: JORGE MAURICIO PULIDO <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

22 de julio de 2022, 11:26

----- Forwarded message -----

De: **JORGE MAURICIO PULIDO** <jefeoperacionutecolimpieza3@gmail.com>

Date: sáb, 9 jul 2022 a la(s) 18:11

Subject: INFORME DE OPTIMIZACION

To: Yuri Janeth Baquero Sanchez <ybaquero@alcaldiasoacha.gov.co>

Cc: DIANA MORENO Contabilidad Sed Soacha <dmoreno.cto@alcaldiasoacha.gov.co>, Andres Camilo Valentin Barreto <ingandresito2014@gmail.com>, Magda Johana Córdoba Cuáran <mcordoba@alcaldiasoacha.gov.co>, Director Talento Humano Ecolimpieza <direccionh.utecolimpieza@ecoservir.com>, Control Interno <Controlinterno@ecoservir.com>, Lesly Torres <leslycts2602@gmail.com>, Irma Alexandra Hoyos <hoyosalexandra2018@gmail.com>

[Texto citado oculto]

--

[Texto citado oculto]

CLL 17 NRO 33 54









BOGOTA

---

 **INFORME DE OPTIMIZACION.xlsx**  
4466K



876

INSTITUCION EDUCATIVA	SEDES	PISOS	CAFETERIA	OBSERVACIONES	CANTIDAD DE ESCOBAS DURAS	CANTIDAD TRAPEROS NUEVOS	CANTIDAD CERAS	PALO PARA TRAPERO	FOTOGRAFIA DE PISOS	PAPELERAS PEQUEÑAS DE OFICINAS Y BAÑOS 40/55	CANTIDAD DE PUNTOS ECOLOGICOS TRES CADENAS - 60/70 POR COLEGIO	CANECA GRANDE - CUARTO DE BASURA 90/110	LIMPIAVIDRIOS	COORDINADOR
INSTITUCION EDUCATIVA SANTA ANA	INSTITUCION EDUCATIVA SANTA ANA - I.E. SANTA ANA SEDE DUCALES	Rojos	SI	CAMBIO DE TRAPEROS Y SOLICITA ESCOBAS SUAVES - CERA ESTA SALIENDO MUY AGUADA	10	5	0	30		40	6	5	29	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. SANTA ANA SEDE DUCALES	Rojos	SI		0	0	0	0		18	1	1	0	
	I.E. SANTA ANA SEDE SANTA ANITA	Rojos-Blancos	SI		0	0	0	0		46	2	5	0	
INSTITUCION EDUCATIVA COMBATITO	INSTITUCION EDUCATIVA COMBATITO	Blancos	SI	SOLICITA ESCOBAS SUAVES Y CAMBIO DE TRAPEROS - SOLICITA CAMBIO DE GUANTES NEGROS	25	0	4	5		100	8	11	4	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. NUEVO COMPARTIR SEDE PRINCIPAL	Blancos	SI	50						10	9	4		
INSTITUCION EDUCATIVA NUEVO COMPARTIR	I.E. NUEVO COMPARTIR - SAN NICOLAS	Rojos	SI	SOLICITA ESCOBAS BLANDAS - CAMBIO DE TRAPEROS Y QUE SE AUMENTEN LOS INSUMOS A LAS INSTITUCIONES						7	1	no hay cuarto de basura el rector les dio dos canecas provisionales grandes	3	
INSTITUCION EDUCATIVA PAZ Y ESPERANZA	I.E. PAZ Y ESPERANZA	Blancos	SI	SOLICITA ESCOBAS BLANDAS - CAMBIO DE TRAPEROS Y QUE SE AUMENTEN LOS INSUMOS A LAS INSTITUCIONES	50	14	27 blancas, 23 rojas	90		60	12	5	4	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD LATINA	I.E. CIUDAD LATINA SEDE PRINCIPAL	Rojos-Blancos	SI	LA INSTITUCION INFORMA QUE LOS TRAPEROS SON MUY PEQUEÑOS Y QUE LES LLEGUE ESCOBAS SUAVES	5	6	5 rojas	17		56	3	1	0	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. CIUDAD LATINA - CIUDAD DE QUITO	Rojos-Blancos	SI		0	0	0	0		17	0	2	0	
INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER	INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER - I.E. GENERAL SANTANDER - VEREDITA	Rojos	SI	SOLICITAN QUE NO SE LES ENVIEN ESCOBAS DURAS SI NO SUAVES. ADICIONAL EL CAMBIO DE TRAPEROS Y QUE LOS INSUMOS SEAN ENTREGADOS EN CADA INSTITUCION Y NO SOLO EN LA PRINCIPAL	54	0	0	97		52	3	6	4	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. GENERAL SANTANDER - CAMILO TORRES	Rojos	SI		0	0	0	0		9	2	2	1	
	I.E. GENERAL SANTANDER - MI TIERRA	Rojos	SI		0	0	0	0		8	2	2	1	
	I.E. GENERAL SANTANDER - MI TIERRA	Rojos	SI		0	0	0	0		12	1	1	2	
INSTITUCION EDUCATIVA LUIS HENRIQUE	INSTITUCION EDUCATIVA LUIS HENRIQUE	Blancos	SI	NO ENVIAR MAS ESCOBAS DURAS SOLO BLANDAS PARA LOS SALONES LOS TRAPEROS NO SON LOS ADECUADOS Y NECESITAN MAS INSUMOS	61	13	5	68		101	3	3	10	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA INTEGRADO DE SOACHA	I.E. INTEGRADO DE SOACHA SEDE PRINCIPAL	Rojos	SI	POR FAVOR QUE LES ENVIEN ESCOBAS SUAVES - INCREMENTAR EL NUMERO DE INSUMOS COMO EL CAMBIO DE LOS TRAPEROS POR QUE SON MUY PEQUEÑOS	12	10	12 Blancas y 5 rojas	10		51	2	0	9	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. INTEGRADO DE SOACHA SEDE B DANUBIO	Rojos	SI		0	0	0	0		arreglos locativos Inician labores el 11 de julio		arreglos locativos Inician labores el 11 de julio	arreglos locativos Inician labores el 11 de julio	arreglos locativos Inician labores el 11 de julio
	I.E. INTEGRADO DE SOACHA SEDE C KENNEDY	Rojos	SI		0	0	0	0		23	7	1	2	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA LA DESPENSA	INSTITUCION EDUCATIVA LA DESPENSA	Rojos - Blancos	SI	POR FAVOR QUE LES ENVIEN ESCOBAS SUAVES - INCREMENTAR EL NUMERO DE INSUMOS COMO EL CAMBIO DE LOS TRAPEROS POR QUE SON MUY PEQUEÑOS. SOLICITAN QUE LES ENVIEN MAS LLENOS A	0	0	0	0		23	1	7	0	ALEXANDRA HOYOS

1385











DESPENSA	I.E. LA DESPENSA SEDE B MARCO FIDEL SUAREZ	Blancos	SI	CADA UNIDAD	4	2	2 blancas	11			19	1	3	0	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD VERDE	INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD VERDE	Rojos	SI	LA INSTITUCION SOLICITA QUE SE LE ENTREGUEN MAS INSUMOS, QUE LO QUE ESTA LLEGANDO ES MUY POCO POR EL TAMAÑO DE LA INSTITUCION. SOLICITAN CAMBIO DE ESCOBAS COMO DE TRAPEROS	8	6	5 rojas y 5 blancas	0			70	15	58 grandes, 1 chup	2	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA LEON XIII	INSTITUCION EDUCATIVA LEON XIII	Blancos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS. PIDIEN ESCOBAS SUAVES Y TRAPEROS MAS GRANDES	8	8	10 rojas	8			28	5	4	5	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. LEON XIII SEDE JUAN PABLO VI	Blancos	SI		1	2	3 rojas y 1 blanca	4			4	6	0	1	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA CHILOE	INSTITUCION EDUCATIVA CHILOE	Rojos	SI	CAMBIAR TRAPEROS Y NECESITAN ESCOBAS SUAVES	12	6	40 rojas	6			60	6	6	6	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA MANUELA BELTRAN	INSTITUCION EDUCATIVA MANUELA BELTRAN	Rojos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS. PIDIEN ESCOBAS SUAVES Y TRAPEROS MAS GRANDES - QUE LOS INSUMOS LLEGUEN A CADA INSTITUCION	19	0	5 rojas y 12 blancas	0			73	0	3	13	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. MANUELA BELTRAN SEDE PABLO VI	Rojos - Blancos	SI		0	0	0	10			11	1	0	0	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA LA UNIDAD	INSTITUCION EDUCATIVA LA UNIDAD	Rojos	SI	CAMBIAR TRAPEROS Y NECESITAN ESCOBAS SUAVES - LA INSTITUCION SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN LOS INSUMOS	12	6	6	21			86	41	1	1	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA LUIS CARLOS GALAN	I.E. LUIS CARLOS GALAN PRINCIPAL	Rojos - Blancos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS. PIDIEN ESCOBAS SUAVES, RECOGEDORES Y TRAPEROS MAS GRANDES - QUE LOS INSUMOS LLEGUEN A CADA INSTITUCION	35	11	10 Blancas 10 Rojas	50			69	5	39	2	Lesly Torres
	I.E. LUIS CARLOS GALAN ALTOS DEL PINO	Rojos - Blancos	SI												
	I.E. LUIS CARLOS GALAN CASA LOMA	Rojos - Blancos	SI												
INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA	INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA	Rojos - Blancos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS. INCREMENTEN LA CANTIDAD DE LOS SIGUIENTES: ESCOBAS SUAVES, BOLSAS PLASTICAS EN GENERAL Y TRAPEROS MAS GRANDES	100	6	5 Blancas 5 Rojas	50			253	7	10	1	Lesly Torres
INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE	INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE	Rojos - Blancos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS. PIDIEN ESCOBAS SUAVES Y TRAPEROS MAS GRANDES - QUE LOS INSUMOS LLEGUEN A CADA SEDE	80	7	10 Rojas 4 Blancas	71			76	5	10	3	Lesly Torres
	I.E. CIUDADELA SUCRE SEDE LA ISLA	Rojos - Blancos	SI												
	I.E. CIUDADELA SUCRE SEDE EL PROGRESO	Rojos - Blancos	SI												
INSTITUCION EDUCATIVA CAZUCA	PRINCIPAL	Rojos-Blancos- Amarillos	SI	SOLO 2 JABON DE LOZA. NO NECESITAN ESCOBAS DURAS. SOLICITAN MAS CANTIDAD DE ESCOBAS BLANCAS, RECOGEDORES, BOLSAS PARA PAPELERA Y TRAPEROS	113	6	28 rojas	112			30	3	9	3	Lesly Torres
INSTITUCION EDUCATIVA GABRIEL GARCIA	PRINCIPAL	Rojos	SI	NECESITA MAS CERA ROJA. NO NECESITA LA CERA BLANCA, TIENEN 18 GALONES DE LIMPIAVIDRIOS ACUMULADO PARA CAMBIAR POR HIPOCLORITO	12	0	11 Blanca para cambiar por roja	17			26	3	12	17	Lesly Torres
	MINUTO DE DIOS	Caucho	SI												
	PRINCIPAL	Rojos-blancos	SI												

1386

INSTITUCION EDUCATIVA BUENOS AIRES	PAZ Y PATRIA	Madera-Blanco-cuadrif	SI	SOLO 2 JABON DE LOZA, NO NECESITAN ESCOBAS DURAS, SOLICITAN MAS CANTIDAD DE ESCOBAS BLANDAS, RECOGEDORES, BOLSAS PARA PAPELERA Y TRAPEROS. SOLICITAN QUE LOS INSUMOS LLEGUEN A CADA SEDE. NOTA: NO SE OBTUVO INFORMACION POR PARTE DEL COLEGIO RESPECTO A LOS ELEMENTOS SOLICITADOS	NO	NO	NO	NO			124	10	26	1	Lesly Torres
	RINCON DEL LAGO	Ropa- blanco	SI												
	OASIS	Ropa	SI												
	LOS ROBLES	Ropa	NO												
INSTITUCION EDUCATIVA EL BOSQUE	PRINCIPAL	Ropa - Blancos	SI	SOLO 2 JABON DE LOZA, NO NECESITAN ESCOBAS DURAS, SOLICITAN MAS CANTIDAD DE ESCOBAS BLANDAS, RECOGEDORES, BOLSAS PARA PAPELERA Y TRAPEROS	30	12	3 Blancas	15			153	3	4	2	Lesly Torres
	PRINCIPAL	Ropa-Blancos	SI	SOLICITAN AUMENTAR LA CANTIDAD DE TODOS LOS INSUMOS Y ELEMENTOS EN GENERAL, HAY 2 SEDES MAS TEMPORALMENTE INFORMACION BRINGADA EN CONVERSACION TELEFONICA CON DON CARLOS	20	0	0	40			33	1	2	0	Lesly Torres
MARISCAL SUCRE	Ropa	SI													
MANANTIAL DE VIDA	Ropa- Claros	No													
ALMIRANTE PADILLA	Ropa-Claros	No													
INSTITUCION EDUCATIVA LAS VILLAS	VARON DEL SOL	Ropa- Blancos	SI	SOLO 2 JABON DE LOZA, NECESITAN MAS CANTIDAD DE ESCOBAS BLANDAS, RECOGEDORES, BOLSAS PARA PAPELERA Y TRAPEROS MAS GRANDES NOTA: NO TIENEN MAS ELEMENTOS DE LOS SOLICITADOS PARA CAMBIO	0	0	9 Blanca 11 Rojas	0			140	6	3	0	Lesly Torres
	SOL NACIENTE	Blancos	NO												
	LIBERTADORES	Ropa- blanco	NO												
	EL DORADO	Ropa	NO												
	FERNANDITO	N/A	N/A												
INSTITUCION EDUCATIVA EDUARDO SANTOS	PRINCIPAL	Ropa-Blancos	SI	SOLO 2 JABON DE LOZA, SOLICITAN MAS CANTIDAD DE ESCOBAS BLANDAS, RECOGEDORES, BOLSAS PARA PAPELERA Y TRAPEROS MAS GRANDES	0	0	0	0			66	7	12	0	Lesly Torres
	PANAMERICANA	Ropa	SI												
	FLORIDA	Ropa-blancos	SI												
	CIEH FAMILIAS	Blancos	NO												
	ALTOS DE LA FLORIDA	Ropa-Blancos	NO												
RICAURTE	PRINCIPAL	Ropa - Blancos	NO	SOLO 2 JABON DE LOZA, NO NECESITAN ESCOBAS DURAS, NO NECESITAN LA CERA BLANCA SOLICITAN MAS CANTIDAD DE ESCOBAS BLANDAS, RECOGEDORES, BOLSAS PARA PAPELERA, TRAPEROS Y CERA ROJA	60	3	1 Roja	75			58	4	10	2	Lesly Torres
	PORVENIR	Ropa - Blancos	SI												
	ESPAÑA	Ropa - Blancos	SI												
	ESPERANZA	Ropa - Blancos	NO												
INSTITUCION EDUCATIVA EUGENIO DIAZ CASTRO	PRINCIPAL	Ropa	SI	SOLICITAN AUMENTAR LA CANTIDAD DE TODOS LOS INSUMOS Y ELEMENTOS EN GENERAL, HAY 10 SEDES, LOS INSUMOS QUE LLEGAN NO SON SUFICIENTES.	50	6	6 rojas 2 Blancas	55			112	16	15	0	Lesly Torres
	PRIMARIA	Ropa	SI												
	ALTO DE LA CRUZ	Blancos	SI												
	CHACUA	Ropa	SI												
	VILLANUEVA	Ropa	SI												
	SAN JORGE	Blancos	SI												
	RISARALDA	Ropa	SI												
	HUNGRIA	Ropa- Blancos	SI												
	FUSUNGA	Blancos	SI												
	ROMERAL	Ropa-Blancos	SI												





INSTITUCION EDUCATIVA	SEDES	PISOS	CAFETERIA	OBSERVACIONES	CANTIDAD DE ESCOBAS DURAS	CANTIDAD TRAPEROS NUEVOS	CANTIDAD CERAS	PALO PARA TRAPERO	FOTOGRAFIA DE PISOS	PAPELERAS PEQUEÑAS DE OFICINAS Y BAÑOS 40*55	CANTIDAD DE PUNTOS ECOLOGICOS TRES CADENAS - 60*70 POR COLEGIO	CANECA GRANDE - CUARTO DE BASURA 90*110	LIMPIAVIDRIOS	COORDINADOR
INSTITUCION EDUCATIVA SANTA ANA	INSTITUCION EDUCATIVA SANTA ANA	Rojos	SI	CAMBIO DE TRAPEROS Y SOLICITA ESCOBAS SUAVES. CERA ESTA SALIENDO MUY AGUADA	10	5	0	30		40	6	5	20	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. SANTA ANA SEDE DUCALES	Rojos	SI		0	0	0	0		18	1	1	0	
	I.E. SANTA ANA SEDE SANTA ANITA	Rojos-Blancos	SI		0	0	0	0		46	2	5	0	
INSTITUCION EDUCATIVA COMPARTIR	INSTITUCION EDUCATIVA COMPARTIR	Blancos	SI	SOLICITA ESCOBAS SUAVES Y CAMBIO DE TRAPEROS - SOLICITA CAMBIO DE GUANTES NEGROS	25	0	4	5		100	8	11	4	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. NUEVO COMPARTIR SEDE PRINCIPAL	Blancos	SI							50	10	9	4	
	I.E. NUEVO COMPARTIR - SAN NICOLAS	Rojos	SI							7	1	no hay cuarto de basura el rector les dio dos canecas provisionales grandes	3	
INSTITUCION EDUCATIVA PAZ Y ESPERANZA	I.E. PAZ Y ESPERANZA	Blancos	SI	SOLICITA ESCOBAS BLANDAS, CAMBIO DE TRAPEROS Y QUE SE AUMENTEN LOS INSUMOS A LAS INSTITUCIONES	50	14	27 blancas, 23 rojas	90		60	12	5	4	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD LATINA	I.E. CIUDAD LATINA SEDE PRINCIPAL	Rojos-Blancos	SI	LA INSTITUCION INFORMA QUE LOS TRAPEROS SON MUY PEQUEÑOS Y QUE LES LLEGUE ESCOBAS SUAVES	5	6	5 rojas	17		56	3	1	0	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. CIUDAD LATINA - CIUDAD DE QUITO	Rojos-Blancos	SI		0	0	0	0		17	0	2	0	
INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER	INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER	Rojos	SI	SOLICITAN QUE NO SE LES ENVIEN ESCOBAS DURAS SI NO SUAVES. ADICIONAL EL CAMBIO DE TRAPEROS Y QUE LOS INSUMOS SEAN ENTREGADOS EN CADA INSTITUCION Y NO SOLO EN LA PRINCIPAL	54	0	0	97		52	3	6	4	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. GENERAL SANTANDER - VEREDITA	Rojos	SI		0	0	0	0		9	2	2	1	
	I.E. GENERAL SANTANDER - CAMILO TORRES	Rojos	SI		0	0	0	0		8	2	2	1	
	I.E. GENERAL SANTANDER - MI TIERRA	Rojos	SI		0	0	0	0		12	1	1	2	
INSTITUCION EDUCATIVA LUIS HENRIQUE	INSTITUCION EDUCATIVA LUIS HENRIQUE	Blancos	SI	NO ENVIAR MAS ESCOBAS DURAS SOLO BLANDAS PARA LOS SALONES LOS TRAPEROS NO SON LOS ADECUADOS Y NECESITAN MAS INSUMOS	61	13	5	68		101	3	3	10	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA INTEGRADO DE SOACHA	I.E. INTEGRADO DE SOACHA SEDE PRINCIPAL	Rojos	SI	POR FAVOR QUE LES ENVIEN ESCOBAS SUAVES. INCREMENTAR EL NUMERO DE INSUMOS COMO EL CAMBIO DE LOS TRAPEROS POR QUE SON MUY PEQUEÑOS	12	10	12 Blancas y 5 rojas	10		51	2	0	9	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. INTEGRADO DE SOACHA SEDE B DANUBIO	Rojos	SI		0	0	0	0		arreglos locativos Inician labores el 11 de julio	arreglos locativos Inician labores el 11 de julio	arreglos locativos Inician labores el 11 de julio	arreglos locativos Inician labores el 11 de julio	
	I.E. INTEGRADO DE SOACHA SEDE C KENNEDY	Rojos	SI		0	0	0	0		23	7	1	2	
INSTITUCION EDUCATIVA LA DESPENSA	INSTITUCION EDUCATIVA LA DESPENSA	Rojos - Blancos	SI	POR FAVOR QUE LES ENVIEN ESCOBAS SUAVES. INCREMENTAR EL NUMERO DE INSUMOS COMO EL CAMBIO DE LOS TRAPEROS POR QUE SON MUY PEQUEÑOS. SOLICITAN QUE SE LES ENTREGUE A	0	0	0	0		23	1	7	0	ALEXANDRA HOYOS



DESPENSA	I.E. LA DESPENSA SEDE B MARCO FIDEL SUAREZ	Blancos	SI	CADA UNIDAD	4	2	2 blancas	11			19	1	3	0	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD VERDE	INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD VERDE	Rojas	SI	LA INSTITUCION SOLICITA QUE SE LE ENTREGUEN MAS INSUMOS, QUE LO QUE ESTA LLEGANDO ES MUY POCO POR EL TAMAÑO DE LA INSTITUCION, SOLICITAN CAMBIO DE ESCOBAS COMO DE TRAPEROS	8	6	5 rojas y 5 blancas	0			70	15	58 grandes, 1 chup	2	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA LEON XIII	INSTITUCION EDUCATIVA LEON XIII	Blancos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS, PIDEN ESCOBAS SUAVES Y TRAPEROS MAS GRANDES	8	8	10 rojas	8			28	5	4	5	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. LEON XIII SEDE JUAN PABLO VI	Blancos	SI		1	2	3 rojas y 1 blanca	4			4	6	0	1	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA CHILOE	INSTITUCION EDUCATIVA CHILOE	Rojas	SI	CAMBIA TRAPEROS Y NECESITAN ESCOBAS SUAVES	12	6	40 rojas	6			60	6	6	6	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA MANUELA BELTRAN	INSTITUCION EDUCATIVA MANUELA BELTRAN	Rojas	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS, PIDEN ESCOBAS SUAVES Y TRAPEROS MAS GRANDES - QUE LOS INSUMOS LLEGUEN A CADA INSTITUCION	19	0	5 rojas y 12 blancas	0			73	0	3	13	ALEXANDRA HOYOS
	I.E. MANUELA BELTRAN SEDE PABLO VI	Rojas - Blancos	SI		0	0	0	10			11	1	0	0	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA LA UNIDAD	INSTITUCION EDUCATIVA LA UNIDAD	Rojas	SI	CAMBIA TRAPEROS Y NECESITAN ESCOBAS SUAVES - LA INSTITUCION SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN LOS INSUMOS	12	6	6	21			86	41	1	1	ALEXANDRA HOYOS
INSTITUCION EDUCATIVA LUIS CARLOS GALAN	I.E. LUIS CARLOS GALAN PRINCIPAL	Rojas - Blancos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS, PIDEN ESCOBAS SUAVES, RECOGEDORES Y TRAPEROS MAS GRANDES - QUE LOS INSUMOS LLEGUEN A CADA INSTITUCION	35	11	10 Blancas 10 Rojas	50			69	5	39	2	Lesly Torres
	I.E. LUIS CARLOS GALAN ALTOS DEL PINO	Rojas - Blancos	SI												
	I.E. LUIS CARLOS GALAN CASA LOMA	Rojas - Blancos	SI												
INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA	INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA	Rojas - Blancos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS, INCREMENTEN LA CANTIDAD DE LOS SIGUIENTES: ESCOBAS SUAVES, BOLSAS PLASTICAS EN GENERAL Y TRAPEROS MAS GRANDES	100	6	5 Blancas 5 Rojas	50			253	7	10	1	Lesly Torres
INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE	INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE	Rojas - Blancos	SI	EL COLEGIO SOLICITA QUE SE LE INCREMENTEN TODOS LOS INSUMOS, PIDEN ESCOBAS SUAVES Y TRAPEROS MAS GRANDES - QUE LOS INSUMOS LLEGUEN A CADA SEDE	80	7	10 Rojas 4 Blancas	71			76	5	10	3	Lesly Torres
	I.E. CIUDADELA SUCRE SEDE LA ISLA	Rojas - Blancos	SI												
	I.E. CIUDADELA SUCRE SEDE EL PROGRESO	Rojas - Blancos	SI												
INSTITUCION EDUCATIVA CAZUCA	PRINCIPAL	Rojas-Blancos-Amarillos	SI	SOLO 2 JABON DE LOZA, NO NECESITAN ESCOBAS DURAS, SOLICITAN MAS CANTIDAD DE ESCOBAS BLANCAS, RECOGEDORES, BOLSAS PARA PAPELERA Y TRAPEROS	113	6	28 rojas	112			30	3	9	3	Lesly Torres
INSTITUCION EDUCATIVA GABRIEL GARCIA	PRINCIPAL	Rojas	SI	NECESITA MAS CERA ROJA, NO NECESITA LA CERA BLANCA, TIENEN 18 GALONES DE LIMPIAVIDRIOS ACUMULADO PARA CAMBIAR POR HIPOCLORIDO	12	0	11 Blanca para cambiar por roja	17			26	3	12	17	Lesly Torres
	MINUTO DE DIOS	Caucho	SI												
	PRINCIPAL	Rojas-Blancos	SI												



