



CERTIFICACIÓN


La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIA TERESA CARVAJAL JARAMILLO**, número de identificación **52379054**, 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 SANTA ANA

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 LABIAL	COFI	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE ALIMENTARIA	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	54379056	Mariela Teresa Casva-Jara	07-07-22		X	X	X											Mariela Teresa Casva-Jara
2	33369262	William Ortiz P.	07-07-22		X	X	X											William Ortiz P.
3	23876278	Sandy Nilena Moreno Caro	07-07-22		X	X	X											Sandy Nilena Moreno Caro
4	624369002	Joly Andrea Molina Castro	07-07-22		X	X	X											Joly Andrea Molina C.
5	1120579112	Yini Carolina Casus L.	07-07-22		X	X	X											Carolina Casus L.
6	39679732	Orcky Lorena Cabrera	07-07-22		X	X	X											Orcky Lorena Cabrera
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: 

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jalmes



CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS DE ASEO DEL 5 AL 10

COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA COMPARTIR	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	TRV 17 #51B - 10 SUR	TELEFONO	

RELACION DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
20879161	MARTHA GUAYACAN	6 julio de 2022 8 julio de 2022	6 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL ✓ 2
39678732	VICKI CABRERA	5 julio de 2022	5 julio de 2022	PRINCIPAL ✓ 1
26441488	MIRIAM SILVA	6 julio de 2022 8 julio de 2022	6 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL PRINCIPAL ✓ 2
1019006906	LUZ SASTRE	6 julio de 2022	6 julio de 2022	PRINCIPAL ✓ 1
33817332	CLARENA CARDOZO	6 julio de 2022 8 julio de 2022	6 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL ✓ 2
1012383917	ANA MARIA VARON	6 julio de 2022	6 julio de 2022	PRINCIPAL ✓ 1

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	Aux Admt. Rectoria	CEDULA	FIRMA
Angie Rocío Alvarez V.	1.030.569.214		



CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO

COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA COMPARTIR	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	TRV 17 #51B - 10 SUR	TELEFONO	

RELACION DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
1073693173	EMMA JULIETH MELO VARON	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
65633392	ERIKA CAROLINA SAENZ SANCHEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
20879161	MARTHA LILIANA GUAYACAN COLMENARES	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
52376509	MIRIAM ADRIANA GAMBOA GUACHETA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
20678901	MIREYA AVILA PINEDA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
1024522406	LEIDY LORENA DUQUE	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
41734995	EVA DE LAS MERCEDES PARRA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	Incapacidad 8 dias
65737077	NERY CORTES BARRAGAN	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
1015994198	LUZ MIRIAM FIQUE DIAZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	Ausencia 1 día
39668610	GLADYS ROCIO MAYORGA	26 julio de 2022	31 julio de 2022	supernumeraria

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

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
JULIO CESAR IBAÑEZ ANTOLINEZ	79.734.822	



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
C1073693173	MELO VARON EMMA JULIETH	11/07/2022		39155163	DEPENDIENTE

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

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4008589701

Fecha de Radicación

1/5/07 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"/> - Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Institucional <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"/>	6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text"/>

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)			
6. Apellidos y nombres MELO Primer apellido	VARON Segundo apellido	EMMA Primer nombre	JULIETH Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1073693173	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 1/5/02 1/9/9/2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales			
11. Etnia 8	12. Discapacidad Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Condición <input checked="" type="checkbox"/>	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 CL 81 D 18 Dirección	BOGOTA Municipio/Distrito	3224775800 Teléfono celular	GATAVARON@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
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia			
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	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		Código de la IPS (a registrar por la EPS)
34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS 20 DE JULIO - CLINICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA TUNJA	V620JULI - 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 3182159828 Dirección	7000470 Teléfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito
			BOGOTA Departamento

No de Radicación

4008589701

Página 2 de 2

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42.Fecha
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. ☐ TL. ☐ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Datos funcionario que realiza la validación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	71. Firma del funcionario	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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:

EMMA JULIETH MELO VARON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.693.173**, 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) **EMMA JULIETH MELO VARON**, número de identificación **1073693173**, 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
C65633392	SAENZ SANCHEZ ERIKA CAROLINA	11/07/2022		9147V274	DEPENDIENTE

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



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 <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
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

ERICA SANCHEZ

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

HUMANO

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare 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 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 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 <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Número de ficha <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		71. Firma del funcionario	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>		Número del documento de identidad <input type="text"/>	

OBSERVACIONES: *OP. ASO*

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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ERIKA CAROLINA SAENZ SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **65.633.392**, 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) **ERICA CAROLINA SAENZ SANCHEZ**, número de identificación **65633392**, 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, 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
C20879161	GUAYACAN COLMENARES MARTHA LILIANA	05/07/2022		147p9322	DEPENDIENTE

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

7113



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTHA LILIANA GUAYACAN COLMENARES identificado(a) con CC 20879161 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/04/2015
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	BIENESTAR IPS SAS SOACHA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de julio del año 2022.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**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:

MARTHA LILIANA GUAYACAN COLMENARES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.879.161**, 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) **MARTHA LILIANA GUAYACAN COLMENARES**, número de identificación **20879161**, 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
C52376509	GAMBOA GUACHETA MIRIAM ADRIANA	11/07/2022		20312822	DEPENDIENTE

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

Atentamente,

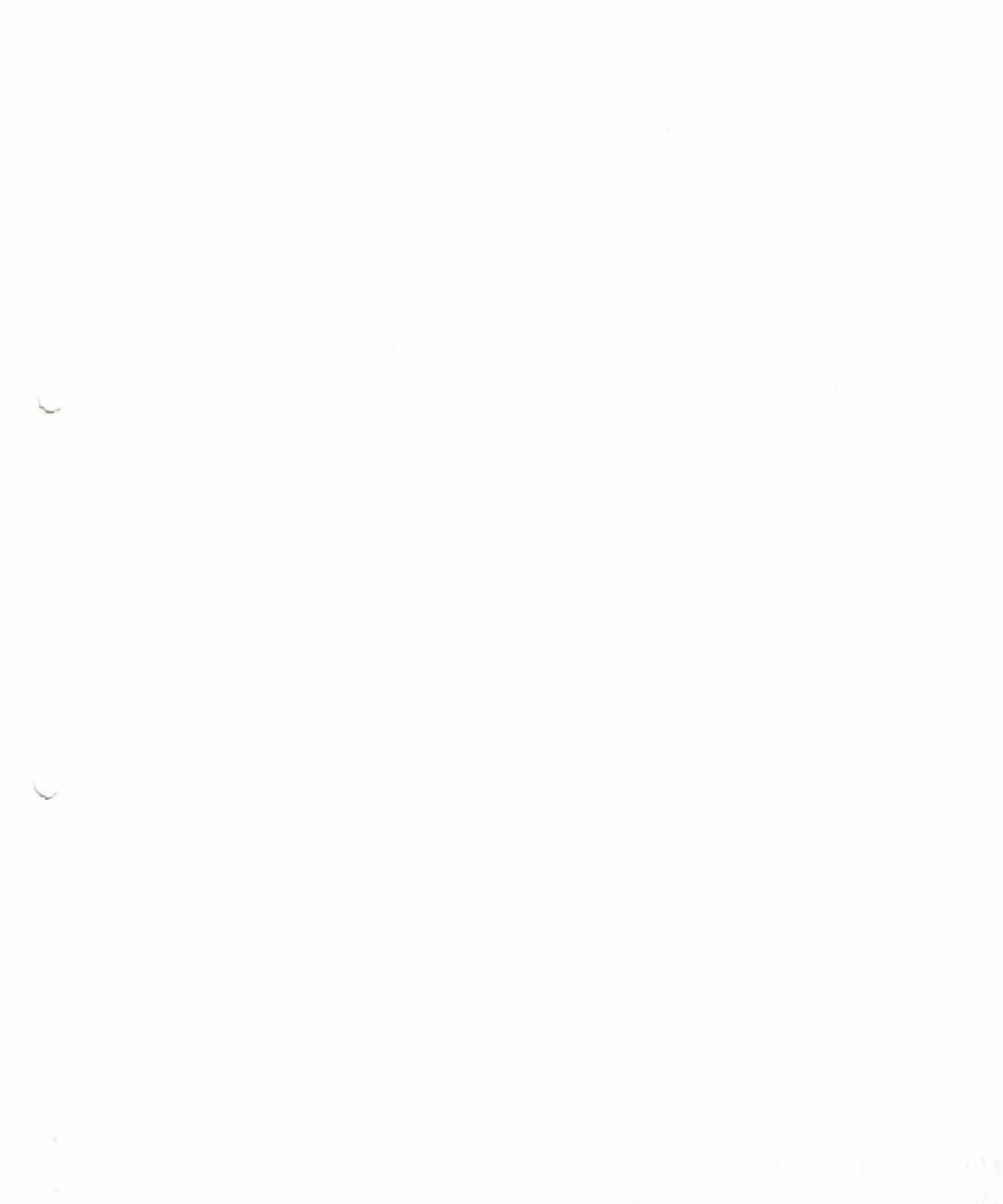
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

4008600629

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"/>	Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="1"/>

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

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres GAMBOA Primer apellido	GUACHETA Segundo apellido	MYRIAM Primer nombre	ADRIANA Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número del documento de Identidad 52376509	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 0/5/12/19/7/6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

1. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Condición <input checked="" type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		16. Administradora de Pensiones COLFONDOS	17. Ingreso base de cotización - IBC 1000000
18. Residencia CL 10 15 11 SUR SOACHA Dirección		3132739008 Teléfono celular	RECEPCIONUTECOLIMPIEZA@GMAIL.COM Correo electrónico
SOACHA Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	CUNDINAMARCA 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 <input type="text"/>	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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>
B1		F N M T P
B2		
B3		
B4		
B5		
32. Datos de residencia		
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSSOACHA - VSSOACHA
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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	11/10/72 02/2
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

Adriana Gumbay

TS

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		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Código del Departamento	Puntaje		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación	Nivel		
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.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MYRIAM ADRIANA GAMBOA GUACHETA identificado(a) con C.C No. 52.376.509, 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 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) **MYRIAM ADRIANA GAMBOA GUACHETA**, número de identificación **52376509**, 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
C20678901	AVILA PINEDA MIREYA	11/07/2022		Rx96I64Â²	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: 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 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: AVILA Segundo apellido: DINEPA Primer nombre: MIRANDA Segundo nombre:	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 20678901	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 04/04/1970
--	--	---	--	--

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 COLPENSOS	17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia Dirección: CL 20 SUR 10329 Teléfono fijo: 31230864967 Teléfono celular: 31230864967 Correo electrónico: lorantiauu123@gmail.com
19. Municipio/Distrito SOACHA	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad/Camino CANTO	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: SOACHA Segundo apellido: SOACHA Primer nombre: CANTO Segundo nombre:	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 DDMMAAAA			

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

24. Apellidos y nombres Primer apellido: B1 Segundo apellido: B2 Primer nombre: B3 Segundo nombre: B4	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 DDMMAAAA
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios.

29. Parentesco B1 B2 B3 B4 B5	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo E <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
--	-----------	--

32. Datos de residencia Municipio/Distrito: SOACHA Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: CUNDINAMARCA Teléfono Fijo y/o celular: 31230864967	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	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B	
B	
B	

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 UNION TEMPORAL Ecotimpera	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 Dirección: CALLE 17 # 33-54 Teléfono: 31230864967 Correo electrónico: ecotimpera@gmail.com	Municipio/Distrito: BOGOTÁ	Departamento: BOGOTÁ	

No. de Radicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad	
<input type="checkbox"/>	1. Modificación de datos básicos de identificación.
<input type="checkbox"/>	2. Corrección de datos básicos de identificación.
<input type="checkbox"/>	3. Actualización del documento de identidad.
<input type="checkbox"/>	4. Actualización y corrección de datos complementarios.
<input type="checkbox"/>	5. Terminación de la inscripción en la EPS
	Código
<input type="checkbox"/>	6. Reinscripción en la EPS.
<input type="checkbox"/>	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/>	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
<input checked="" type="checkbox"/>	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
<input type="checkbox"/>	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
<input type="checkbox"/>	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/>	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/>	13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
	<input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/>	14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
	<input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/>	15. Reporte de fallecimiento.
<input type="checkbox"/>	16. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/>	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de nacimiento		42. Fecha	
Número del documento de identidad		Sexo		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2	
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input type="checkbox"/>	46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input type="checkbox"/>	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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

MIREYA ANITA

55. El empleador: ☒ representante o ☐ responsable de la afiliación colectiva, ☐ institucional o de Oficio.

XI. ANEXOS

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
56.	Anexo copia del documento de Identidad:								
57.	Copia del dictamen de Incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.								
58.	Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.								
59.	Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación date unión marital.								
60.	Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.								
61.	Copia de la prden 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 colizante sobre la ausencia de los dos padres.								
63.	Copia de la autorización de traslado por parto 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

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	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div>	
		68. Fecha de radicación	
		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; justify-content: space-around;"> DDMMAAAA </div>	
		69. Fecha de validación	
		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; display: flex; justify-content: space-around;"> DDMMAAAA </div>	

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. 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.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MIREYA AVILA PINEDA identificado(a) con C.C No. 20.678.901, 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 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) **MIREYA AVILA PINEDA**, número de identificación **20678901**, 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
C1024522406	DUQUE LEIDY LORENA	11/07/2022		E9118112	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 / 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

9008980016
9008980016

No. de Radicación
24219781

Fecha de Radicación
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 oficio	3. Régimen A. Contributivo B. Subsidiado	4. Tipo de afiliado A. Cotizante B. Cabeza de familia C. Beneficiario	5. Tipo de cotizante A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
--	--	--	--	---

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

6. Apellidos y nombres DUQUE CASTAÑEDA LEIDY LORENA	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1024522406	9. Sexo Femenino X Masculino	10. Fecha de nacimiento 05/03/1991
--	---	--	---------------------------------	---------------------------------------

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de pensiones
16. Ingresos base de cotización - IBC \$1.000.000				
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	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. Estía
----------------	-----------

31. Discapacidad	32. Datos de residencia	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)
39. Ubicación CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO	40. Ciudad	41. Departamento	42. Municipio

E. REPORTE DE NOVEDADES				
43. Tipo de Novedad				
44. Reporte de la calidad de cotizante				
45. Reporte de la calidad de beneficiario				
46. Reporte de la calidad de pensionado				

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD				
47. Datos básicos de identificación	48. Fecha de nacimiento	49. Fecha de radicación	50. Fecha de radicación	51. Fecha de radicación

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES				
52. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales				
53. Declaración de no existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios				
54. Declaración de no existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios				
55. Declaración de no existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios				
56. Declaración de no existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios				
57. Declaración de no existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios				
58. Declaración de no existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios				
59. Declaración de no existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios				
60. Declaración de no existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios				

VIII. FIRMAS				
61. Firma del cotizante o cabeza de familia				
62. Firma del representante legal del empleador				

IX. ANEXOS				
63. Anexo copia del documento de identidad				
64. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente				
65. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
66. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
67. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
68. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
69. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
70. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
71. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
72. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
73. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
74. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
75. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
76. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
77. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
78. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
79. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
80. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
81. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
82. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
83. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
85. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
86. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
87. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
88. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
89. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
90. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
91. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
92. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
93. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
94. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
95. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
96. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
97. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
98. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
99. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				
100. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital				

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL				
86. Identificación de la entidad territorial	87. Datos del SISBEN	88. Fecha de radicación	89. Fecha de validación	90. Fecha de validación
91. Tipo de documento de identidad	92. Número del documento de identidad	93. Observaciones:	94. CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	95. Cambio Empleo

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEIDY LORENA DUQUE CASTANEDA identificado(a) con C.C No. 1.024.522.406, 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 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) **LEIDY LORENA DUQUE CASTAÑEDA**, número de identificación **1024522406**, 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
C41734995	PARRA EVA DE LAS MERCEDES	11/07/2022		20222023	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: 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>PRIMA</u> Segundo apellido: <u>BAJANGERRA</u> Primer nombre: <u>EVA</u> Segundo nombre: <u>DE LAS MERCEDES</u>	7. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	8. Número del documento de identidad <u>41734995</u>	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento <u>06/06/99</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>COPIRENSIONES</u>	17. Ingreso base de cotización - IBC <u>\$1.000.000</u>	18. Residencia Dirección: <u>TV 12 #3080R31</u> Teléfono fijo: <u>3193648702</u> Teléfono celular: <u>mercedesmarcos@gmail.com</u> 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>PRIMA</u> Segundo apellido: <u>BAJANGERRA</u> Primer nombre: <u>EVA</u> Segundo nombre: <u>DE LAS MERCEDES</u>	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	31. Discapacidad Tipo: E <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	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>3193648702</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 <u>C</u>	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
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 <u>UNION TEMPORAL ECOLIMAZA</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 Dirección: <u>CALLE 17 #33-54</u> Teléfono: <u>3152571000</u> Correo electrónico: <u>ecolima@ecolima.com</u> Municipio/Distrito: <u>BOGOTÁ</u> Departamento: <u>BOGOTÁ</u>			

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 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 impliquen 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 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	

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. ASEO

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EVA DE LAS MERCEDES PARRA BALAGUERA**, identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **41734995**, se encuentra afiliado/a desde **15/10/1980** 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) **EVA DE LAS MERCEDES PARRA BALAGUERA**, número de identificación **41734995**, 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
C65737077	CORTES BARRAGAN NERY	11/07/2022		19432052	DEPENDIENTE

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

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.1, 172.16.42.57

9008980017
9008980017

No. de radicación
24219782

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. Colectiva
C. Institucional
D. De oficio

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

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

3. Apellidos y nombres **CORTES BARRAGAN NERY**
7. Tipo de documento de identidad **CC** 8. Número del documento de identidad **65737077** 9. Sexo ☒ Femenino ☐ Masculino 10. Fecha de nacimiento **14/03/1966**

11. Etnia 12. Discapacidad 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 ☐ 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 ☐ Masculino 28. Fecha de nacimiento

29. Parentesco 30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

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

35. Nombre o razón social **UNIÓN 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)

39. Ubicación **CALLE 25 B 85 B - 83 BARRIO** 40. Ciudad **BOGOTÁ** 41. Departamento **DISTRITO CAPITAL**

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

42. Tipo de Novedad

43. Tipo de documento de identidad 44. Número del documento de identidad 45. Fecha de nacimiento 46. Fecha de novedad **11/07/2022**

47. Motivo de traslado 48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

50. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

51. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

52. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

53. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

54. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

55. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

56. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

57. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

58. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

59. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

60. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

61. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

62. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

63. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

64. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

65. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

66. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

67. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

68. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

69. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

70. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

71. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

72. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

73. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

74. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

75. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

76. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

77. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

78. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

79. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

80. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

81. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

82. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

83. Declaración de la no existencia de otras afiliaciones o afiliados adicionales

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CORTES BARRAGAN NERY** identificado(a) con CC número **65.737.077** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2010 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

2022071911462



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **NERY CORTES BARRAGAN**, número de identificación **65737077**, 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
C1015994198	FIQUE DIAZ LUZ MIYRIAM	11/07/2022		e1165Q16	DEPENDIENTE

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

4008600635

Fecha de Radicación

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

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. tipo de tramite	2. Tipo afiliacion	3. Regimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> -Cotizante Cabeza de familia B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional B. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" 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
FIQUE Primer apellido	CC	DIAZ Segundo apellido 1015994198	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	MYRIAM Segundo nombre 2/1/0/4/1/9/8/6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de poblacion especial
6	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Condicion <input checked="" type="checkbox"/>		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		PORVENIR FPC	1000000
18. Residencia		19. Correo electrónico	
CR 22 A 2B 07 Dirección		ESTEFISGONIS04@GMAIL.COM	
SOACHA Municipio/Distrito		CUNDINAMARCA Departamento	
20. Teléfono fijo		21. Teléfono celular	
		3135150818	
22. Zona		23. Localidad / comuna	
Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

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

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	28. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

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

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 SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
B -	-
B -	-
B -	-

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

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

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

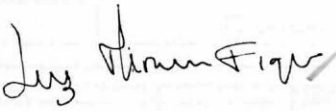

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	11/07/2002
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 genera 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		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Código del Departamento	Puntaje	Nivel	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70. Datos funcionario que realiza la validación	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido			
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.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUZ MYRIAM FIQUE DIAZ identificado(a) con C.C No. 1.015.994.198, 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 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) **LUZ MYRIAM FIQUE DIAZ**, número de identificación **1015994198**, 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		

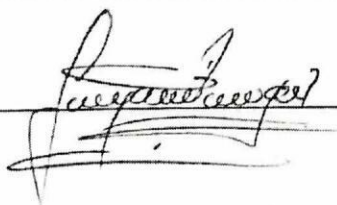
CENTRO DE COSTOS: SEO JOACHA COMPARTIR

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	1073693173	emma julieth melo	07-07-22		x	x												emma julieth melo.
2	65633392	Grika Carolina Saenz S	07-07-22		x	x												Grika Carolina Saenz Sanchez
3	20678901	Miraya Anila pineda	07-07-22		x	x												Miraya Anila Pineda.
4	52316509	Miriam Gamboa Guachab	07-07-22		x	x												Miriam Gamboa Guachab
5	41734495	Elia del Alcazar Pura	07-07-22		x	x												Elia del Alcazar Pura
6	65737074	Nery Cortes B	07-07-22		x	x												Nery Cortes B
7	41734995	Mercades Pantoja	07-07-22		x	x												Mercades Pantoja
8	1024522406	Leidy Lorena Duque	07-07-22		x	x												Leidy Duque
9	1015944198	Miriam Figue Diaz	07-07-22		x	x												Miriam Figue
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: 

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

46

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA NUEVO COMPARTIR	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 14 # 19 - 08 SUR	TELEFONO	7323202

RELACION DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
51965391	CARMEN ROSA CASALLAS RODRIGUEZ	11 julio de 2022	31 junio de 2022	
1102368361	SINDY MILENA ARDILA GUERRERO	11 julio de 2022	31 julio de 2022	Incapacidad 1 día Incapacidad 2 días
39673917	YASBLEIDI RODRIGUEZ CASTRO	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
1003531054	ELIANA GONZALEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
46661173	ALABA LUZ GOMEZ AYALA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	Incapacidad 3 días
39679668	LUISA MARIA SANCHEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
52914975	AZUCENA IBAÑEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	

POR FAVOR 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 de disposición 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

Observación del servicio

No limpian los pasillos porque están con excremento de paloma.
No usan las hidrolavadoras.

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
German Bermúdez Gómez	79.538.040	

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS DE ASEO DEL 5 AL 10

COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA NUEVO COMPARTIR	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 14 # 19 – 08 SUR	TELEFONO	

RELACION DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
51965391	CARMEN ROSA CASALLAS	5 julio de 2022 8 julio de 2022	5 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL SEDE SAN NICOLAS 2
55157432	LUZ GARCIA	5 julio de 2022	5 julio de 2022	PRINCIPAL 1
65699634	DERLY ESPERANZA URUEÑA	5 julio de 2022	5 julio de 2022	PRINCIPAL 1

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 y disposición	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

Excelente Servicio.

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
LIBRIZ LUZ Aveniño Secretaria Rectoria y Académica.	52035247362	[Firma] Secretaria Rectoria y Académica

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
C51965391	CASALLAS RODRIGUEZ CARMEN ROSA	05/07/2022		21725291	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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220335553

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

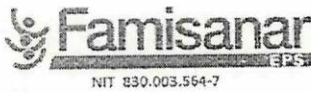
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/07/2022 09:52:33.

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



9008969770
9008969770

No. de Radicación
24203255

Fecha de Radicación
13 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. Colectiva
C. Institucional
D. De oficio

3. Régimen
A. Contributivo ☒
B. Subsidiado
C. Beneficiario

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒
B. Cabeza de familia
C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒
B. Independiente
C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombre CASALLAS RODRIGUEZ CARMEN ROSA
7. Tipo de documento CC
8. Número del documento de identidad 51965391
9. Sexo Femenino ☒ Masculino
10. Fecha de nacimiento 12 11 1969

11. Etnia
12. Discapacidad
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos profesionales SURAMERICANA
16. Administradora de pensiones

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.000.000
18. Residencia
19. Apellidos y nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo Femenino ☒ Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

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

29. Parentesco
30. Etnia
31. Discapacidad
32. Datos de residencia
33. Tipo de documento de identidad
34. Número del documento de identidad
35. Sexo Femenino ☒ Masculino
36. Fecha de nacimiento

37. Datos de residencia
38. Tipo de documento de identidad
39. Número del documento de identidad
40. Sexo Femenino ☒ Masculino
41. Fecha de nacimiento

42. Datos de residencia
43. Tipo de documento de identidad
44. Número del documento de identidad
45. Sexo Femenino ☒ Masculino
46. Fecha de nacimiento

47. Datos de residencia
48. Tipo de documento de identidad
49. Número del documento de identidad
50. Sexo Femenino ☒ Masculino
51. Fecha de nacimiento

52. Datos de residencia
53. Tipo de documento de identidad
54. Número del documento de identidad
55. Sexo Femenino ☒ Masculino
56. Fecha de nacimiento

57. Datos de residencia
58. Tipo de documento de identidad
59. Número del documento de identidad
60. Sexo Femenino ☒ Masculino
61. Fecha de nacimiento

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

62. Nombre o razón social UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
63. Tipo de documento de identificación NT
64. Número del documento de identificación 901351411
65. Ubicación CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO
66. Código postal 6332795
67. Ciudad BOGOTÁ
68. Departamento DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

69. Tipo de Novedad
70. Modificación de datos básicos de identificación
71. Cesación de datos básicos de identificación
72. Actualización del documento de identidad
73. Actualización y corrección de datos complementarios
74. Terminación de la inscripción en la EPS
75. Cesación de la inscripción en la EPS
76. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
77. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
78. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
79. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
80. Vinculación a una entidad sustituta para realizar afiliaciones colectivas
81. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
82. Novedad A. Régimen Contributivo
83. Régimen Subsidiado
84. Traslado A. Mismo Régimen
85. Diferente Régimen
86. Reporte de fallecimiento
87. Reporte del trámite de prestación al exante
88. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
89. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

90. Datos básicos de identificación
91. Tipo de documento de identidad
92. Número del documento de identidad
93. Sexo Femenino ☒ Masculino
94. Fecha de nacimiento 05 07 2022
95. EPS anterior
96. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

97. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
98. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Institucional o de Oficio
99. Declaración de existencia de fuentes de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
100. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
101. Autorización para que la EPS recopile y almacene datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
102. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del trámite de novedades a la base de datos de afiliados reportes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren
103. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
104. Autorización para que la EPS envíe información al banco de datos de afiliados o al titular de los mismos de texto

VIII. FIRMAS

99. Anexa copia del documento de identidad
100. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
101. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
102. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y asistidos públicos, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
103. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
104. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
105. 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 parentesco sobre la ausencia de los dos padres
106. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
107. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
108. 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

109. Identificación de la entidad territorial
110. Datos del SISBEN
111. Fecha de radicación
112. Fecha de validación

113. Datos del funcionario que realiza la validación
114. Tipo de documento de identidad
115. Número del documento de identidad
116. CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

117. Firma del funcionario

118. Observaciones

119. Cambio Empleo



**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:

CARMEN ROSA CASALLAS RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.965.391**, 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 y actualice su Historia Laboral.



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CARMEN ROSA CASALLAS RODRIGUEZ**, número de identificación **51965391**, 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
C1102368361	ARDILA GUERRERO SINDY MILENA	11/07/2022		224251E1	DEPENDIENTE

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

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

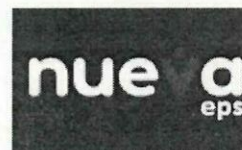
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

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
4641786	15/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1102368361	SINDYMILENA ARDILA GUERRERO	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:

SINDY MILENA ARDILA GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.368.361**, 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) **SINDY MILENA ARDILA GUERRERO**, número de identificación **1102368361**, 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
C39673917	RODRIGUEZ CASTRO YASBLEIDI	11/07/2022		13445391	DEPENDIENTE

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

322
1152

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.



Número de Solicitud

61_6640

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
Afiliado	CC 39673917 YASBLEIDI RODRIGUEZ CASTRO
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1.000.000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 25 40-68
Fecha de ingreso	11/07/2022
Fecha de radicación	15/07/2022 04:19:25 p.m.
Código de Transacción	141615963
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 08/2022

Fecha de generación

15/07/2022

1



L01

1153

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ CASTRO YASBLEIDI** identificado(a) con **CC** número **39.673.917** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de septiembre de 1998 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 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

2022071911484



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **YASBLEIDI RODRIGUEZ CASTRO**, número de identificación **39673917**, 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
C1003531054	ELIANA YOHANA GONZALEZ VELAAQUEZ	11/07/2022		167y1251	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: 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
4641813	15/07/2022 ✓	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1003531054	ELIANAYOHANA GONZALEZ VELASQUEZ ✓	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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ELIANA YOHANA GONZALEZ VELASQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.531.054**, 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:

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.



7158

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ELIANA YOHANA GONZALEZ VELASQUEZ**, número de identificación **1003531054**, 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
C46661173	GOMEZ AYALA ALBA LUZ	11/07/2022		15413515	DEPENDIENTE

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

Atentamente,

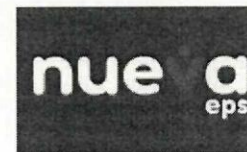
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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
4641794	15/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	46661173	ALBALUZ GOMEZ AYALA	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

321
7161

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALBA LUZ GOMEZ AYALA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **46661173**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2011** 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) **ALBA LUZ GOMEZ AYALA**, número de identificación **46661173**, 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
C39679668	SANCHEZ LAVERDE LUISA MARIA	11/07/2022		136YN64H	DEPENDIENTE

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

4008600655

Fecha de Radicación

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

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> - Cotizante Cabeza de familia B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional B. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" 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
SANCHEZ Primer apellido LAVERDE Segundo apellido LUIZA Primer nombre MARIA Segundo nombre	CC	39679668	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	2/6/08/1/9/8/1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> FNM Condición <input checked="" type="checkbox"/> TP		
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 18 F 45 12 Dirección	3224227515	LUISASANCHEZ39@GMAIL.COM	BOGOTA
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres completos	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			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 documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			Femenino Masculino	
B1 B2 B3 B4 B5				

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

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS 20 DE JULIO - CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA TUNJA	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	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	40. Teléfono	41. Correo electrónico	42. Municipio/distrito
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM	BOGOTA
			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

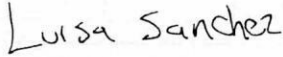

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		11/10/72 02 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 Decr eto 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	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
<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	
<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"/>		<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.

376
7765

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANCHEZ LAVERDE LUISA MARIA** identificado(a) con CC número **39.679.668** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de enero de 2002 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

2022071911352



347
1166

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LUISA MARIA SANCHEZ LAVERDE**, número de identificación **39679668**, 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

328
1167

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
C52914975	IBAÑEZ MARTINEZ AZUCENA	11/07/2022		a9213175	DEPENDIENTE

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

9008980018
9008980018

No. de Radicación
24219783

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
B. Colectiva
C. Institucional
D. De grupo

3. Régimen
A. Contributivo
B. Subsidiado

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante
B. Cabeza de familia
C. Beneficiario

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente
B. Independiente
C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres **IBÁÑEZ MARTÍNEZ AZUCENA**

7. Tipo de documento de identidad **CC** 8. Número del documento de identidad **52914975** 9. Sexo ☒ Femenino ☐ Masculino 10. Fecha de nacimiento **04/11/1983**

11. Etnia 12. Discapacidad 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 23. Fecha de nacimiento

24. Apellidos y nombres 25. Tipo de documento de identidad 26. Número del documento de identidad 27. Sexo 28. Fecha de nacimiento

29. Parentesco 30. Etnia

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

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

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. Dirección **CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO** 39. Ciudad **BOGOTÁ** 40. Departamento **DISTRITO CAPITAL**

B. REPORTE DE NOVEDADES

41. Tipo de Novedad 42. Tipo de documento de identificación 43. Número del documento de identificación 44. Fecha de nacimiento 45. Fecha de novedad

46. Tipo de documento de identidad 47. Número del documento de identidad 48. Sexo 49. Fecha de nacimiento 50. Fecha de novedad

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

51. Datos básicos de identificación 52. Tipo de documento de identidad 53. Número del documento de identidad 54. Sexo 55. Fecha de nacimiento 56. Fecha de novedad

57. Tipo de documento de identidad 58. Número del documento de identidad 59. Sexo 60. Fecha de nacimiento 61. Fecha de novedad

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

62. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales 63. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

64. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

65. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

66. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

67. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

68. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

69. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

70. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

71. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

72. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

73. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

74. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

75. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

76. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

77. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

78. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

79. Declaración de no existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

**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:

AZUCENA IBAÑEZ MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.914.975**, 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) **AZUCENA IBAÑEZ MARTINEZ**, número de identificación **52914975**, 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	Unión Temporal Ecolimpieza
10/06/2020		

CENTRO DE COSTOS: SEO DACHA NUEVO COMARTUR

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 FACIAL	COPI	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	3967391	Yushendi Rodriguez	07-07-22	x	x	x												
2	51965391	Emmanuel Casallas	07-07-22	x	x	x												
3	46661173	Alba Luz Gomez	07-07-22	x	x	x												
4	1003531054	Eliana Gonzalez	07-07-22	x	x	x												
5	170238361	Silvia Milena Avila	07-07-22	x	x	x												
6	39679668	Luisa Maria Sanchez	07-07-22	x	x	x												
7	52414975	Thucana Tlucier	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 Jaimes



1172

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRA . DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA PAZ Y ESPERANZA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 9 A SUR #15ª – 161 TORRENTES	TELEFONO	3046664305

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
1024551981	CINDY DAYANA RODRIGUEZ BENITEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
52499452	MARIA YAMILE ESPAÑA LOPEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
1012383917	ANA MARIA VARON LOZANO	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
1073696962	NURY ANGELICA SANCHEZ PRIETO	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
1019049523	SULMA YAMILE ROJAS TRIANA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
20824635	LIGIA CASALLAS PEDRAZA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20

6=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
RAMIRO CHAVES DURAN	79500808	



7173

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA PAZ Y ESPERANZA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 9 A SUR #15ª - 161 TORRENTES	TELEFONO	3223332225

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
1019006906	LUZ SASTRE	5 julio de 2022 8 julio de 2022	5 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL 2
52528164	NORMA OJEDA	5 julio de 2022 8 julio de 2022	5 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL 2
1012383917	ANA MARIA VARON	5 julio de 2022 8 julio de 2022	5 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL 2

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
Julian Garnica Bernal	7024529555 Aux. Pagaduría.	

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
C1024551981	RODRIGUEZ BENITES CINDY DAYANNA	11/07/2022		S1881652	DEPENDIENTE

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



**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:

CINDY DAYANA RODRIGUEZ BENITEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.551.981**, 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:

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) **CINDY DAYANA RODRIGUEZ BENITEZ**, número de identificación **1024551981**, 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
C52499452	ESPAÑA LOPEZ MARIA YAMILE	11/07/2022		E1197114	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: 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 52499452
NOMBRES Y APELLIDOS	España Lopez, Maria Yamile ✓
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	02/09/2013 ✓
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente ✓
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ibañez Cristancho, Rafael, 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 OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA YAMILE ESPAÑA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.499.452**, 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 YAMILE ESPAÑA LOPEZ**, número de identificación **52499452**, 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
C1012383917	VARON LOZANO ANA MARIA	05/07/2022		209zC198	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220335556

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 09:52:36.

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 Radicacion

4008568527

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	2. Tipo afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> Cotizante Cabeza de familia B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional C. Beneficiario <input type="checkbox"/> B. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" 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
VARON Primer apellido	CC	LOZANO Segundo apellido 1012383917	ANA Primer nombre Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	MARIA Segundo nombre 1/8/09/1/9/9/1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FINI 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.	PORVENIR FPC	1000000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
CR 18N 10 25 Dirección	3118623927	ANAMVARONLOZANO@GMAIL.COM	
SOACHA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

22. Tipo documento de identidad	23. Número documento identidad	24. Sexo	25. Fecha de nacimiento
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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

26. Apellidos y nombres	27. Tipo documento de identidad	28. Número de identidad	29. Sexo	30. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido	Primer nombre Segundo nombre	Femenino Masculino		

Datos complementarios

31. Parentesco	32. Etnia	33. Discapacidad	34. Condición
B1 B2 B3 B4 B5	F M	N	T P
35. Datos de residencia	36. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)		
Municipio/Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono Fijo y/o celular			

Selección de la IPS Primaria

37. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	38. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
B -	-
B -	-
B -	-

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

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

Ana Maria Uaron

TS

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"/>		<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:

ANA MARIA VARON LOZANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.383.917**, 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) **ANA MARIA VARON LOZANO**, número de identificación **1012383917**, 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
C1073696962	SANCHEZ PRIETO NURY ANGELICA	11/07/2022		13119620	DEPENDIENTE

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



SaludTotal EPS-S

No de Radicacion

4008600707

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		2. Tipo afiliación		3. Régimen	
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>		A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <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"/>		(a registrar por la EPS) 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	
SANCHEZ Primer apellido		CC		PRIETO Segundo apellido		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		ANGELICA Segundo nombre	
				1073696962				01/11/11/9/9/2	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Puntaje SISBEN		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FNM Condición TP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		COLFONDOS		1000000			
18. Residencia		19. Teléfono fijo		20. Teléfono celular		21. Correo electrónico	
CR 7 A ESTE 5 49 Dirección				3104890578		NURIANGELI@GMAIL.COM	
BOGOTA Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input 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		20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer apellido Segundo apellido						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo documento de identidad		26. Número de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido Segundo apellido						Femenino Masculino			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad		32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1 B2 B3 B4 B5				Tipo N M		Zona Urbana Rural			

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 20 DE JULIO - UOD DENTOLASER 20 DE JULIO		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		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 Dirección		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/distrito	
						BOGOTA	
						Departamento	

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

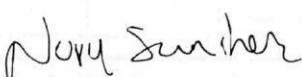

41. Datos básicos de la identificación

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"/>		11/10/72 02/2			
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		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		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido							
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.



**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:

NURY ANGELICA SANCHEZ PRIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.696.962**, 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) **NURY ANGELICA SANCHEZ PRIETO**, número de identificación **1073696962**, 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

7190

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
C1019049523	ROJAS TRIANA ZULMA YAMILE	11/07/2022		244145v1	DEPENDIENTE

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

9008980024
9008980024

No. de radicación
24219792

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 - Cotizante o cabeza de familia ☒ B. Colectiva ☐ C. Instructiva ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen
A. Contributivo ☒ B. Subsustitutivo ☐

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: **ROJAS TRIANA SULMA YAMILE**

7. Tipo de documento de identidad: **CC** 8. Número del documento de identidad: **1019049523** 9. Sexo: ☒ Femenino ☐ Masculino 10. Fecha de nacimiento: **30/04/1990**

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: **Suramericana** 12. Discapacidad: ☐ Tipo ☐ Consecuencia ☐ 13. Puntaje SISBEN: **1** 14. Grupo de población especial: **SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES** 15. Administradora de pensiones: **Administradora de Pensiones Laborales - ARL 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 ☐ 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 ☐ Masculino 28. Fecha de nacimiento:

Datos complementarios

29. Parentesco: 30. Etnia:

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

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: 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: **UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA** 37. Tipo de documento de identificación: **NT** 38. Número del documento de identificación: **901351411** 39. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): **BOGOTA DISTRITO CAPITAL**

40. Ubicación: **CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO** 41. Código postal: **6332795**

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 corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Retiro de la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o negociación de condiciones para realizar ☒ 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 Subsustitutivo ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte de cambio de profesión o oficio ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

43. Datos básicos de identificación: 44. Tipo de documento de identidad: 45. Número del documento de identidad: 46. Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino 47. Fecha de nacimiento: 48. Fecha de novedad: **17/07/2022** 49. Causa de novedad:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

50. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales ☐ 51. Declaración de la no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 52. Declaración de exclusión de la EPS de la EPS ☐ 53. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 54. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 55. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 56. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 57. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 58. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 59. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 60. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 61. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 62. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 63. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 64. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 65. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 66. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 67. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 68. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 69. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 70. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 71. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 72. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 73. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 74. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 75. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 76. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 77. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 78. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 79. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 80. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 81. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 82. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 83. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 84. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 85. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 86. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 87. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 88. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 89. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 90. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 91. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 92. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 93. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 94. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 95. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 96. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 97. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 98. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 99. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐ 100. Declaración de no pertenencia al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☐

VIII. FORMAS

SULMA ROJAS

Unión Temporal Ecolimpieza
Nit. 901.351.411 - 8

IX. ANEXOS

51. Anexo copia del documento de identidad: 52. Anexo copia del documento de identidad: 53. Anexo copia del documento de identidad: 54. Anexo copia del documento de identidad: 55. Anexo copia del documento de identidad: 56. Anexo copia del documento de identidad: 57. Anexo copia del documento de identidad: 58. Anexo copia del documento de identidad: 59. Anexo copia del documento de identidad: 60. Anexo copia del documento de identidad: 61. Anexo copia del documento de identidad: 62. Anexo copia del documento de identidad: 63. Anexo copia del documento de identidad: 64. Anexo copia del documento de identidad: 65. Anexo copia del documento de identidad: 66. Anexo copia del documento de identidad: 67. Anexo copia del documento de identidad: 68. Anexo copia del documento de identidad: 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. 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. Fecha de radicación: 74. Fecha de validación:

OBSERVACIONES:
CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES

75. Firma del funcionario:



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SULMA YAMILE ROJAS TRIANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.049.523**, 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) **SULMA YAMILE ROJAS TRIANA**, número de identificación **1019049523**, 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
C20824635	CASALLAS PEDRAZA LIGIA	11/07/2022		2330A*128	DEPENDIENTE

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

1195

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.



Número de Solicitud 6I_6762

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
Afiliado	CC 20824635 LIGIA CASALLAS PEDRAZA
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1.000.000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 25 40-68
Fecha de ingreso	11/07/2022
Fecha de radicación	15/07/2022 04:30:18 p.m.
Código de Transacción	141616202
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 08/2022

Fecha de generación 15/07/2022

1



L01

**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:

LIGIA CASALLAS PEDRAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.824.635**, 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) **LIGIA CASALLAS PEDRAZA**, número de identificación **20824635**, 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		

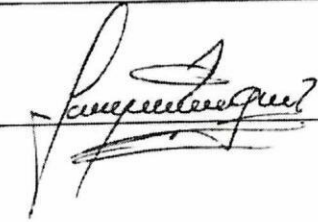
CENTRO DE COSTOS: SSD DOACHA PAZ Y ESPERANZA

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 ALQUATRA	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	102455198	Dayana Rodriguez	07-07-22	X	X	X	X											Dayana Rodriguez
2	58499452	Maria Yamile España	07-07-22	X	X	X	X											Maria Yamile España
3	1073696962	Muri Angelica Sanchez	07-07-22	X	X	X	X											Muri Sanchez
4	20824635	Ligia Casallas	07-07-22	X	X	X	X											Ligia Casallas
5	1019044523	Silma Yamile Rojas	07-07-22	X	X	X	X											Silma Yamile Rojas
6	1012353916	ana maria Vazquez	07-07-22		X	X	X											
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: 

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS DE ASEO DEL 5 AL 10			
COLEGIO:	INTITUCION EDUCATIVA CIUDAD LATINA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CLL 37ª SUR #151 – 21	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

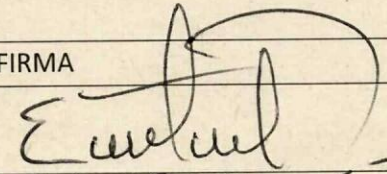
CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
52393093	ADRIANA PINILLA	5 julio de 2022	5 julio de 2022	PRINCIPAL
52240068	LUZ GUTIERREZ	5 julio de 2022 9 julio de 2022	5 julio de 2022 10 julio de 2022	PRINCIPAL SEDE QUITO

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 y disposición 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

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
GLORIA ESPERANZA INFANTE RODRIGUEZ	39661335	

CC 39.661.335

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INTITUCION EDUCATIVA CIUDAD LATINA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CLL 37ª SUR #151 - 21	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
52075089	ANA VICTORIA GONZALEZ GARZON	11 julio de 2022	31 julio de 2022	Incapacidad 11 días
23574364	FIDELIA PUENTES CARREÑO	11 julio de 2022	25 julio de 2022	renuncio
52240068	LUZ ENITH GUTIERREZ CARMONA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
52177853	JANETH GONZALEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	Incapacidad 4 días
53892242	SONIA GARZON	7 julio de 2022	31 julio de 2022	Ausencia 1 día
20859733	LUZ MARINA VALBUENA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
1073716943	ANGIE PAOLA VELEZ	27 julio de 2022	31 julio de 2022	Nueva contratación, traslado
1073692577	ANGELA SANABRIA	22 julio de 2022	31 julio de 2022	supernumeraria

POR FAVOR 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

Falto una operaria los días 18, 23, 25 y 26

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
PRISCILA BAREÑO BURGOS	52027932	<i>Priscila Bareño Burgos</i>

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
C52075089	GONZALEZ GARZON ANA VICTORIA	11/07/2022		N1102132	DEPENDIENTE

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

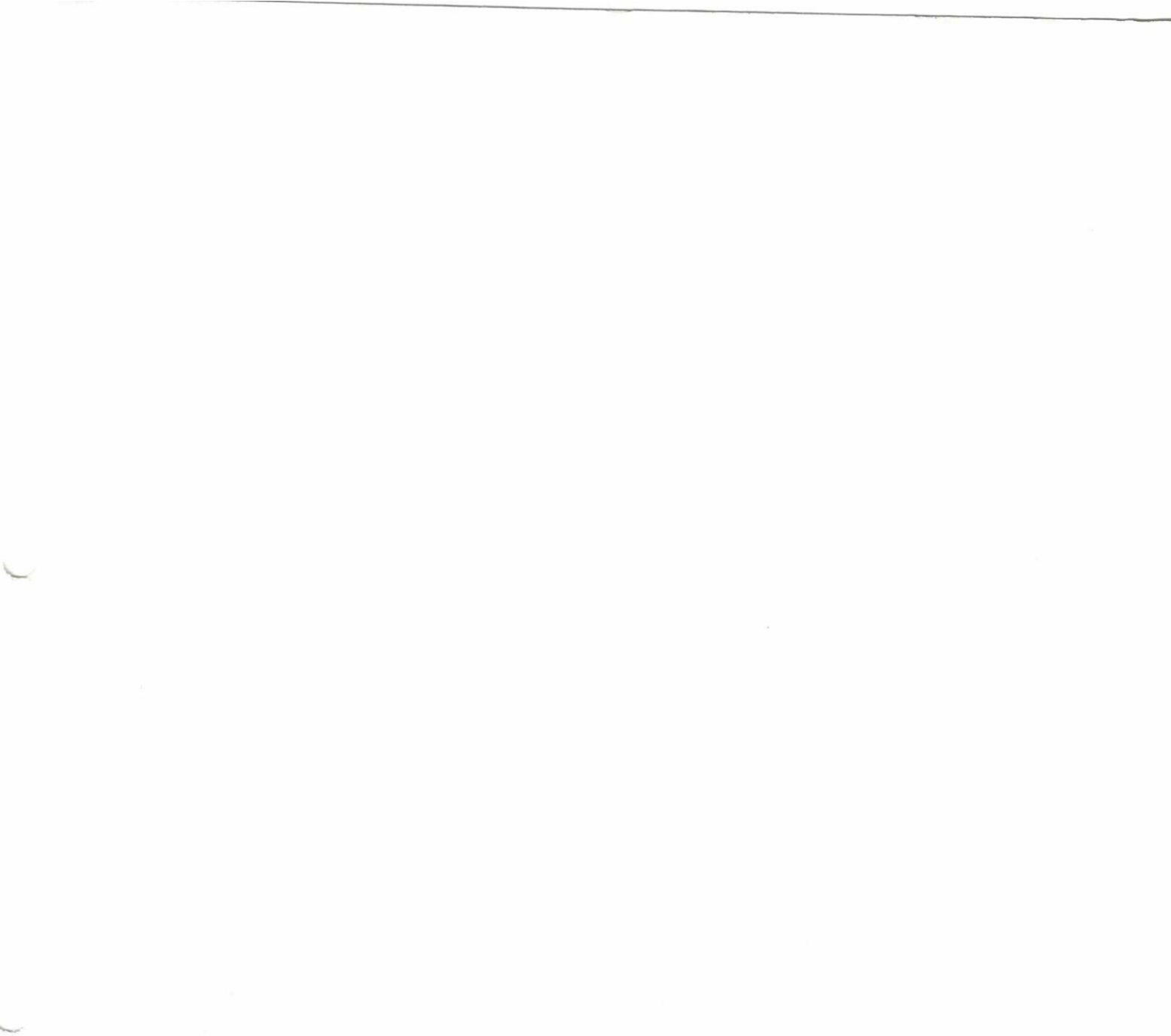
Atentamente,

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) ANA VICTORIA GONZALEZ GARZON identificado(a) con cedula ciudadanía 52075089, 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 19422679

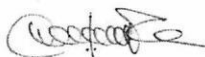
7203

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA VICTORIA GONZALEZ GARZON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52075089**, se encuentra afiliado/a desde **01/05/2016** 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) **ANA VICTORIA GONZALEZ GARZON**, número de identificación **52075089**, 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
C23574364	PUENTES CARREÃO FIDELIA	11/07/2022		24915378	DEPENDIENTE

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

4008600726

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"/> B. 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"/>	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)

7. Apellidos y nombres PUENTES Primer apellido	8. Número del documento de Identidad CARREÑO Segundo apellido	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento FIDELIA Primer nombre
7. Tipo documento de Identidad CC	8. Número del documento de Identidad 23574364	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 1/5/06 1/9/72

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Condición <input checked="" type="checkbox"/>	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 COLFONDOS	17. Ingreso base de cotización - IBC 1000000	
18. Residencia CR 81F 71F 28 Dirección	3133936254 Teléfono celular	FIDELIAPUENTES@HOTMAIL.COM Correo electrónico	
SOACHA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	CUNDINAMARCA 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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	28. Fecha de nacimiento
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		
32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSSOACHA - VSSOACHA
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
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	11/01/2002
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones	
	<input type="checkbox"/>		

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		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
70. Datos funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad		
<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:

FIDELIA PUENTES CARREÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **23.574.364**, 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 y actualice su Historia Laboral.

7208



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **PUENTES CARREÑO FIDELIA, CC - 23574364**, está afiliado(a) desde **11/07/2022**, como trabajador de **UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA**, con NIT: **9013514118**.

Estado civil: **Soltero**

Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**

Categoría: **A**

Fecha de Ingreso a la Empresa: **11/07/2022**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **13 de Septiembre del 2022** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

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
C52240068	GUTIERREZ CARMONA LUZ ENITH	05/07/2022		15522414	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220335558

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 09:52:38.

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



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/07/2022, 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
4628913	12/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52240068	LUZENITH GUTIERREZ CARMONA	1000000	OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	2022-07-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Julio del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva



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

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

LUZ ENITH GUTIERREZ CARMONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.240.068**, se encuentra afiliado(a) al **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) **LUZ ENITH GUTIERREZ CARMONA**, número de identificación **52240068**, 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, 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
C52177853	GONZALEZ CASTIBLANCO JANET	07/07/2022		19116284	DEPENDIENTE

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JANEDT GONZALEZ CASTIBLANCO identificado(a) con CC 52177853 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/03/2017
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: BIENESTAR IPS SAS SOACHA
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de julio del año 2022.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

1216

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ CASTIBLANCO JANEDT** identificado(a) con **CC** número **52.177.853** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de noviembre de 1994 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 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 80% al 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.

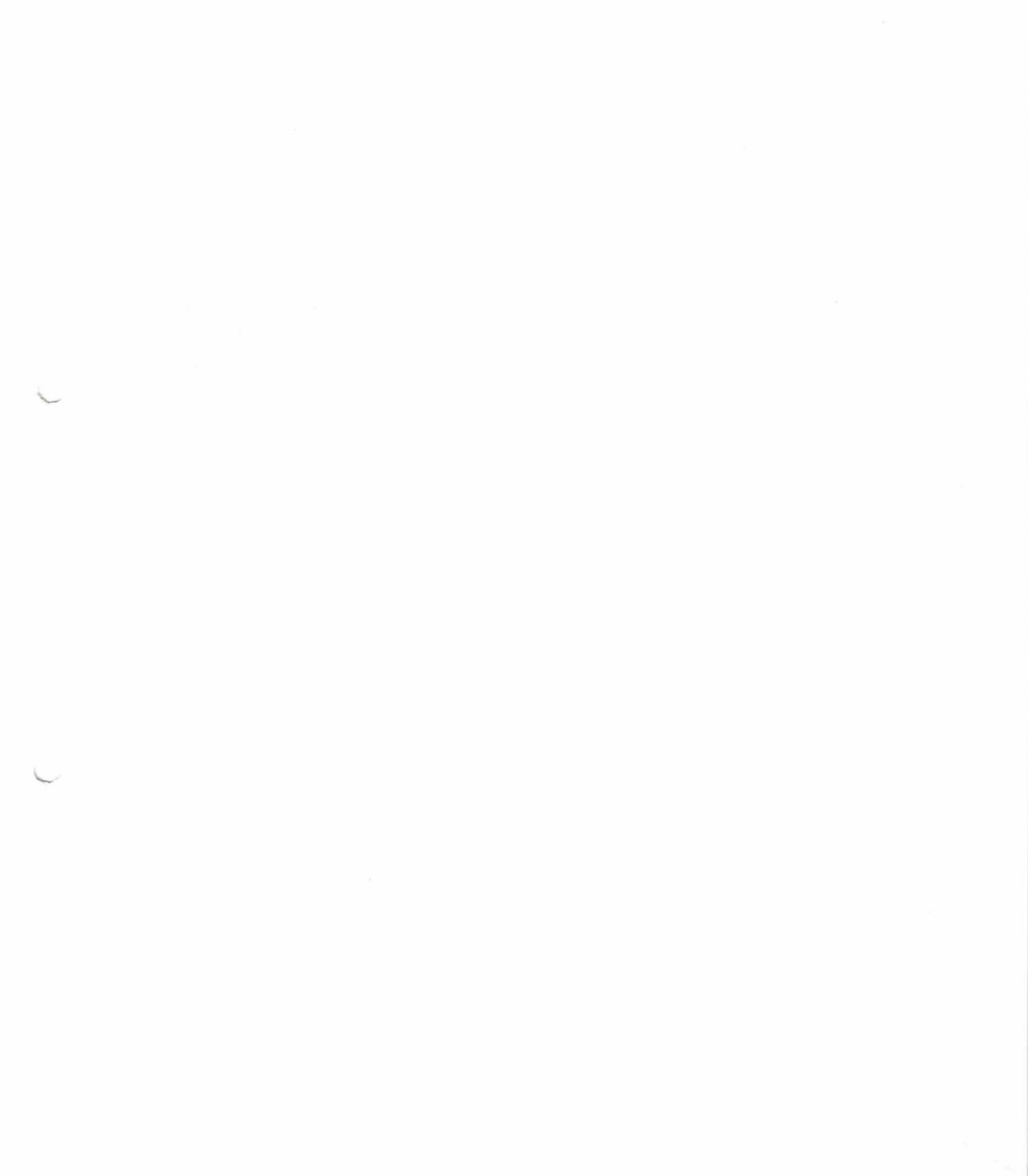
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

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

2022071911325





CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JANEDT GONZALEZ CASTIBLANCO**, número de identificación **52177853**, 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, 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
C53892242	GARZON RUIZ SONIA	07/07/2022		42135200	DEPENDIENTE

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4008560246

Fecha de Radicación

11/10/72/02/2

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: <input checked="" type="checkbox"/> - Cotizante Cabeza de familia B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional B. De oficio <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" 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	

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	
GARZON Primer apellido		RUIZ Segundo apellido		SONIA Primer nombre		Segundo nombre		2/21/11/9/8/2	
CC		53892242		Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FINI 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.		PORVENIR FPC		1000000			
18. Residencia		3102719711		SONIAGARZON_@HOTMAIL.COM			
CR 18 98 9 TO 25 AP 2 Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electrónico	
SOACHA Municipio/Distrito		zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad / comuna		CUNDINAMARCA Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

V. 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		28. Fecha de nacimiento	
Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			

VI. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

VII. 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 SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS		VSSOACHA - VSSOACHA	
B		-	
B		-	
B		-	

VIII. 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 Teléfono		AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico		BOGOTA Municipio/distrito	
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección						BOGOTA Departamento	

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

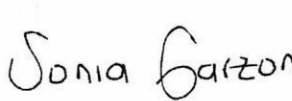
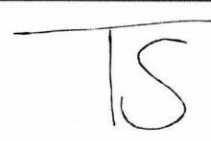
41. Datos básicos de la identificación

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"/>			07/07/2022		
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:			45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			
	<input type="checkbox"/>						

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	71. Firma del funcionario	
<input type="checkbox"/>					
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad				
<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:

SONIA GARZON RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.892.242**, 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.

120



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SONIA GARZON RUIZ**, número de identificación **53892242**, 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

2

2

126

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
C20859733	VALBUENA PALACIOS LUZ MARINA	11/07/2022		16222481	DEPENDIENTE

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

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.



Número de Solicitud

61_24

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
Afiliado	CC 20859733 LUZ MARINA VALBUENA PALACIOS
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1.000.000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTA D.C. CR 25 40-68
Fecha de ingreso	11/07/2022
Fecha de radicación	15/07/2022 04:34:27 p.m.
Código de Transacción	141616893
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 08/2022

Fecha de generación

15/07/2022

1



L01

1224



**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:

LUZ MARINA VALBUENA PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.859.733**, 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 y actualice su Historia Laboral.



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LUZ MARINA VALBUENA PALACIOS**, número de identificación **20859733**, 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, 13 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
C1073716943	VELEZ ORTIZ ANGIE PAOLA	15/07/2022		23924812	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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10003213452225640330

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 13/09/2022 11:12:10.
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

Bogotá, 08 de Agosto de 2022

Nit. 901093846-0

Señores

UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA

CALLE 25B NO 85B 83 SANTA CECILIA MODELIA

AUXRHUTECOLIMPIEZA@GMAIL.COM

NI 901351411

BOGOTA

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 ANGIE PAOLA VELEZ ORTIZ CC 1073716943 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 15/07/2022, 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 05/08/2022.

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 o por medio de nuestra línea del Contact Center: (1) 5190342.

Cordialmente,

JIMMY MAURICIO ZIPA LEMUS
DIRECTOR DE OPERACIONES

Elaboró: Yenny G

ecoopsos.com.co

Calle 35 No.7-25 piso 12, Bogotá D.C

7228

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VELEZ ORTIZ ANGIE PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.073.716.943** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 23 de julio 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 13 de septiembre de 2022.

Cordialmente,

Laura P. Merchan M.
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

2022091311262

1229



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **VELEZ ORTIZ ANGIE PAOLA, CC - 1073716943**, está afiliado(a) desde **15/07/2022**, como trabajador de **UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA**, con NIT: **9013514118**.

Estado civil: **Soltero**

Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**

Categoría: **A**

Fecha de Ingreso a la Empresa: **15/07/2022**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **15 de julio del 2022** asolicitud del interesado

Cordialmente,

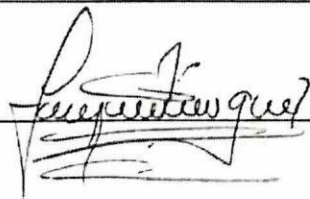
Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

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

CENTRO DE COSTOS: SEO JOACHIM CIUDAD LATINA

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	52073089	Ana Victoria Gonzalez	07-07-22		x	x	x											Sra. Victoria Gonzalez
2	23574364	Fidelia puentes	07-07-22		x	x	x											Fidelia puentes
3	5371242	Sonia Garzon Ruiz	07-07-22		x	x	x											Sonia Garzon Ruiz
4	20459733	Luz Marna Calhuan	07-07-22		x	x	x											Luz Marna Calhuan
5	57177853	James Gonzalez	07-07-22		x	x	x											James Gonzalez
6	52240068	Luz Gotierrez	07-07-22		x	x	x											Luz Gotierrez
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: 

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

1230

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 9 #14-04	TELEFONO	

RELACION DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
40446282	EDILMA GONZALEZ RESTREPO	7 julio de 2022	31 julio de 2022	Incapacidad 3 días
36641572	KARINA LUZ LOPEZ VILLALOBOS	7 julio de 2022	31 julio de 2022	
39674360	YENY ASTRID MAYORGA SALAZAR	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
39674671	FABIOLA CORREA SIERRA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
39660183	GILMA BARRAGAN AMAYA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
52097439	CAROLINA TEJADO VALENZUELA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	
46661173	MARIA YINETH VEGA	7 julio de 2022	31 julio de 2022	
1022407411	WENDY PEREZ	7 julio de 2022	31 julio de 2022	
52846383	MARTHA CECILIA GONZALEZ	8 julio de 2022	31 julio de 2022	traslado
52165450	LUZ STELLA RODRIGUEZ	22 julio de 2022	31 julio de 2022	Contrato nuevo
39673830	HELENA SANCHEZ	7 julio de 2022	10 julio de 2022	apoyo
39668610	GLADYS ROCIO MAYORGA	12 julio de 2022	12 julio de 2022	supernumeraria
1073692577	ANGELA SANABRIA	15 julio de 2022	19 julio de 2022	supernumeraria

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
WILLIAM DE JESUS MONTOYA HENAO	79362915	







7232

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS DE ASEO DEL 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA GENERAL SANTANDER	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 9 #14-04	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
39674671	FABIOLA CORREA	5 julio de 2022 8 julio de 2022	5 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL SEDE MI TIerna EDAD 2
1073711599	JONATHAN YATE	5 julio de 2022	5 julio de 2022	PRINCIPAL 1
79272475	OCTAVIO OVIEDO	9 julio de 2022	10 julio de 2022	SEDE VEREDITA 2
59671498	TIRZA CORTEZ	9 julio de 2022	10 julio de 2022	SEDE CAMILO TORRES 2

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

3=2
1=1

Calidad del aseo en áreas	Calidad del aseo de muebles y equipos	Recolección de y disposición 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

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Juan Carlo Alvarado K Axilior Paredina	1018508069	Comcalvarado K

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
C40446282	GONZALEZ RESTREPO EDILMA	07/07/2022		176r27y1	DEPENDIENTE

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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4008560293

Fecha de Radicación

11/10/17 12:02:22

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: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidado <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
GONZALEZ Primer apellido RESTREPO Segundo apellido EDILMA Primer nombre	CC	40446282	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	11/10/17 12:02:22

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Datos personales	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
Etnia 6	Tipo FINM 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.	PORVENIR FPC	1000000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
CL 17 N 23 33 Dirección	3204587769	RESTREPOEDILMA0019@GMAIL.COM	BOGOTA Departamento
BOGOTA Municipio/Distrito	Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna	

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	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			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	28. Fecha de nacimiento
B1		Femenino Masculino	
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos complementarios

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

Selección de la IPS Primaria		Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	VS 20 DE JULIO - CLINICA ODONTOLÓGICA ORTOSONRIA TUNJA	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	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 Teléfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección			BOGOTA Departamento

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	07/07/2002
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
Edilma Gonzales	TS

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		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Código del Departamento	Puntaje	Primer nombre	Segundo nombre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Datos funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Primer apellido	Segundo apellido		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad		
<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.

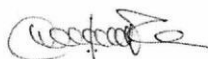
1235

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **EDILMA GONZALEZ RESTREPO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40446282**, se encuentra afiliado/a desde **01/04/2015** 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.

36
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **EDILMA GONZALEZ RESTREPO**, número de identificación **40446282**, 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

Medellin, 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
C36641572	LOPEZ VILLALOBOS KARINA LUZ	07/07/2022		19915834	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 / 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



9008990086
9008990086

No. de Radicación
24236444

Fecha de Radicación
19 07 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidio <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 LOPEZ VILLALOBOS KARINA LUZ	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 36641572	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	18. Fecha de nacimiento 01 01 1980
III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)				
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	16. Administradora de pensiones SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.000.000	19. Residencia	20. Teléfono fijo / celular		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social 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)
39. Dirección CALLE 25 B 85 B - 83 BARRIO	40. Municipio / Distrito BOGOTA	41. Departamento BOGOTA	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales		
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción		
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario		
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Inscripción Previsional de Servicios de Salud		
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales		
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 mensajería de texto		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Fecha de nacimiento	43. Fecha de novedad
44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario	
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Inscripción Previsional de Servicios de Salud	
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo 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 mensajería de texto	

VIII. FIRMAS

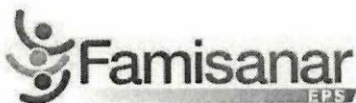
54. Si cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. Si empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
--	---

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario	OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES	

**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) KARINA LUZ LOPEZ VILLALOBOS identificado(a) con CC 36641572 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/03/2016

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 07 días del mes de julio del año 2022.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) KARINA LUZ LOPEZ VILLALOBOS identificado(a) con C.C No. 36.641.572, 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 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) **KARINA LUZ LOPEZ VILLALOBOS**, número de identificación **36641572**, 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

141

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
C39674360	MAYORGA SALAZAR YENY ASTRID	11/07/2022		18825313	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220331366

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 08:42:46.

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

4008600743

Fecha de Radicación

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

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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
MAYORGA Primer apellido	CC	39674360	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	1/2/0/9/1/9/7/7
SALAZAR Segundo apellido				
YENY Primer nombre				
ASTRID Segundo nombre				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1000000	
18. Residencia	20. Teléfono fijo	21. Teléfono celular	22. Correo electrónico
CL 8A 5 A 11 SOACHA Dirección		3222529191	RECEPCIONUTECOLIMPIEZA@GMAIL.COM
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input 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	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Segundo apellido				
Primer nombre				
Segundo nombre				

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

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

Datos complementarios

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

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 20 DE JULIO - UOD DENTOLASER 20 DE JULIO	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	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 Teléfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección			BOGOTA Departamento

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"/>		11/10/72 02/2			
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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación		69. Fecha de validación	
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel				
<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.



**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:

YENY ASTRID MAYORGA SALAZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.674.360**, 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) **YENY ASTRID MAYORGA SALAZAR**, número de identificación **39674360**, 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, 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
C39674671	CORREA SIERRA FABIOLA	05/07/2022		230X1732	DEPENDIENTE

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



NIT 830.003.554-7

9008969774
9008969774

No. de Radicación
24203261Fecha de Radicación
13 07 2022

Código (a registrar por la EPS)

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva C. Institucional D. De oficio	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> 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 CORREA SIERRA FABIOLA	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 39674671	9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	10. Fecha de nacimiento 23 05 1978
11. Etnia Tipo <input type="checkbox"/> Condición <input type="checkbox"/>				
12. Discapacidad				
13. Puntaje SISGEN				
14. Grupo de población especial				
15. Ingreso base de cotización - IBC \$1.000.000				
16. Residencia				
17. Administradora de pensiones				

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

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

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	39. DISTRITO CAPITAL
40. Calle 25 B. 85 B. 83 BARRIO	41. 6332795	42. 901351411	43. BOGOTA	44. DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

45. Tipo de Novedad	46. Tipo de Novedad	47. Tipo de Novedad	48. Tipo de Novedad	49. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación	2. Corrección de datos básicos de identificación	3. Actualización del documento de identidad	4. Actualización y corrección de datos complementarios	5. Terminación de la inscripción en la EPS
6. 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 adquisición de condiciones para cotizar	10. Terminación de la relación laboral o portación 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 la calidad de Pre-pensionado	17. Reporte de la calidad de Pensionado	18. Reporte de la calidad de Pensionado	19. Reporte de la calidad de Pensionado	20. 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 nacimiento	44. Fecha de nacimiento
41. Datos básicos de identificación	42. Fecha de nacimiento	43. Fecha de nacimiento	44. Fecha de nacimiento

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de la dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	48. Declaración de existencia de razón de fuerza mayor o caso fortuito que impida la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional en una Institución Previsora de Servicios de Salud	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del retiro de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades puestas a disposición de la EPS para que realicen las respectivas acciones	52. Autorización para que la EPS mantenga 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 al titular con los datos de contacto
--	---	--	---	---	--	--	---

VIII. FIRMAS

FABIOLA CORREA	UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
----------------	----------------------------

IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identificación	55. Anexo copia del documento de identificación	56. Anexo copia del documento de identificación	57. Anexo copia del documento de identificación	58. Anexo copia del documento de identificación	59. Anexo copia del documento de identificación	60. Anexo copia del documento de identificación	61. Anexo copia del documento de identificación	62. Anexo copia del documento de identificación	63. Anexo copia del documento de identificación	64. Anexo copia del documento de identificación	65. Anexo copia del documento de identificación
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial	67. Datos del SISGEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
66. Identificación de la entidad territorial	67. Datos del SISGEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario	72. Observaciones	73. Observaciones

**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:

FABIOLA CORREA SIERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.674.671**, 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) **FABIOLA CORREA SIERRA**, número de identificación **39674671**, 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
C39660183	BARRAGAN AMAYA GILMA	11/07/2022		2494153f	DEPENDIENTE

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

4008600790

Fecha de Radicación

1/9/07|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"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		A. Contributivo <input checked="" 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	
PARRAGA Primer apellido		CC		AMAYA Segundo apellido		39660183		GILMA Primer nombre	
						Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Segundo nombre	
								2/6/08 19/5/9	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
6		Tipo FNM Condición TP					
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		COLFONDOS		1000000			
18. Residencia		19. Teléfono fijo		20. Teléfono celular		21. Correo electrónico	
CL 6 N18 60 PRIMAVERA Dirección				3135046447		GILMAPARRAGA59@GMAIL.COM	
BOGOTA Municipio/Distrito		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input 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		20. Tipo documento de identidad		21. Número documento identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			

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

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

Datos complementarios

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

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 20 DE JULIO - UOD DENTOLASER 20 DE JULIO		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		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 Teléfono		AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico		BOGOTA Municipio/distrito	
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección						BOGOTA Departamento	

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

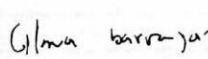
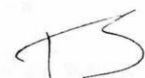
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	42.Fecha
			11/10/72 02/2
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	67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Número ficha		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Código del Departamento	Puntaje	Nivel	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
70. Datos funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad		
<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.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PARRAGA AMAYA GILMA** identificado(a) con **CC** número **39.660.183** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de mayo de 2017 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

2022071911295



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GILMA BARRAGAN AMAYA**, número de identificación **39660183**, 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
C52097439	TEJADA VALENZUELA CAROLINA	11/07/2022		51527143	DEPENDIENTE

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



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



¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico? SI: <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ NO: <input checked="" type="checkbox"/>		
Me comprometo a consultar en www.compensar/salud <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que comparto la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.		Firma del afiliado: <u>CAROLINA TEJADA</u> No. Identificación: <u>S2097439</u>

FIRMA A RUGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____ con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección: _____

de domicilio: _____



AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de Salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal según lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: www.compensar.com en el link políticas de privacidad y condiciones de uso; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Actualizar la información de contacto en las bases de datos de Compensar con la información de contacto registrada ante las Centrales de Información Financiera y Operadores.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención salud; Información sobre la cual en cualquier momento podré ejercer mis derechos de Habeas Data (Actualizar, Revocar, Suprimir, Conocer), para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales, a las administradoras encargadas de la seguridad

- social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales y/o menores de edad con la Caja y EPS para los fines relacionados con las funciones propias de Compensar.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos: a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, entre ellos el formulario web <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos> además manifiesto expresamente que conozco y sé dónde consultar la información sobre protección de datos personales de Compensar, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

La protección de datos personales en Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y así mismo, cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Firma del afiliado:

CAROLINA TEJADA

No. Identificación:

S2097439



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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) CAROLINA TEJADA VALENZUELA identificado(a) con cedula ciudadanía 52097439, 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 19423761

405
1258

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TEJADA VALENZUELA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **52.097.439** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de julio de 1997 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

2022071911480



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CAROLINA TEJADA VALENZUELA**, número de identificación **52097439**, 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, 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
C51984970	VEGA VASQUEZ MARIA YINETH	07/07/2022		46214581	DEPENDIENTE

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

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

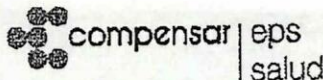
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
 Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

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



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: 7 2 0 2 2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Leer 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: <input checked="" type="checkbox"/> Colaborante o cabeza de familia <input checked="" 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. Colaborante <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) 01
---	---	---	---	------------------------------------

6. Apellidos y nombres: VEGA VASQUEZ MARIA YINETH	7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 51984970	9. Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento: 20/04/1961
---	---------------------------------------	---	--	-------------------------------------

11. Etnia: 12. Discapacidad: 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradores de riesgos laborales - ARL: 16. Administradora de pensiones: PROTECCION	17. Ingreso base de cotización - IBC: 1000000	18. Residencia: CARRERA 4 # 11 A-46	19. Teléfono: 3203418780
20. Correo electrónico: mairatalera@gmail.com		21. Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> SOACHA	22. Departamento: CUNDINAMARCA

19. Apellidos y nombres: Segundo apellido: Segundo nombre: Segundo apellido:	20. Tipo de documento de identidad:	21. Número de documento de identidad:	22. Sexo: Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento: 01/01/1961
--	-------------------------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------------

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

28. Fecha de nacimiento: 29. Paralelos: 30. Tipo de documento de identidad: 31. Datos de residencia: Municipio / Distrito: Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: Teléfono fijo y/o celular: 32. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS):
--

33. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: 34. Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1051	35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901351411	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):	39. Ubicación: CALLE 17 #33-54
40. Tipo de novedad: 41. Ingresos: 42. Egresos: 43. EPS anterior: 44. Tipo de novedad: 45. Ingresos: 46. Egresos: 47. EPS anterior:	48. Tipo de novedad: 49. Ingresos: 50. Egresos: 51. EPS anterior:	42. Fecha de radicación: 07/07/2012

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

41. Datos básicos de identificación: Tipo de documento de identidad: Número de documento de identidad: 42. Fecha de radicación: 07/07/2012	43. EPS anterior: 44. Tipo de novedad: 45. Ingresos: 46. Egresos: 47. EPS anterior:
--	---

48. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: 49. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: 50. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que sustentan la condición de beneficiarios: 51. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud: 52. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales: 53. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación del reportante de novedades o la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieren: 54. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013: 55. Autorización para que la EPS envíe la información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto:
--

56. Anexo copia del documento de identidad: CN <input type="checkbox"/> Cart <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Total: 57. Copia del documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente: 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital: 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y cohabitación 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 destitución de los padres o la declaración escrita 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: 65. Copia del acto administrativo o providencia de los señalamientos de la entidad de beneficiario o se ordena la afiliación:
--

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel: 68. Fecha de radicación: 07/07/2012	69. Tipo de documento de identidad: 70. Número de documento de identidad: 71. Firma del funcionario:
---	--

OBSERVACIONES: Aporte agosto	Reingreso misma empresa
------------------------------	-------------------------

VIGILADO SUPERVISADO

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



	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firma del afiliado (cotizante): <u>MARIA VEGA</u>		
No. Identificación: <u>51984940</u>		

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____
lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____
con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está
entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al
(la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____	Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____
Identificación: _____	Identificación: _____
Edad: _____	
Dirección: _____	
de domicilio: _____	

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explícita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en: www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

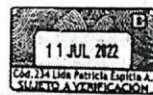
- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): MARIA VEGA
No. Identificación: 51984940



1262

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VEGA VASQUEZ MARIA YINETH** identificado(a) con **CC** número **51.984.970** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 10 de agosto de 2012 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 CONSERVADOR
2. El 60% al 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.

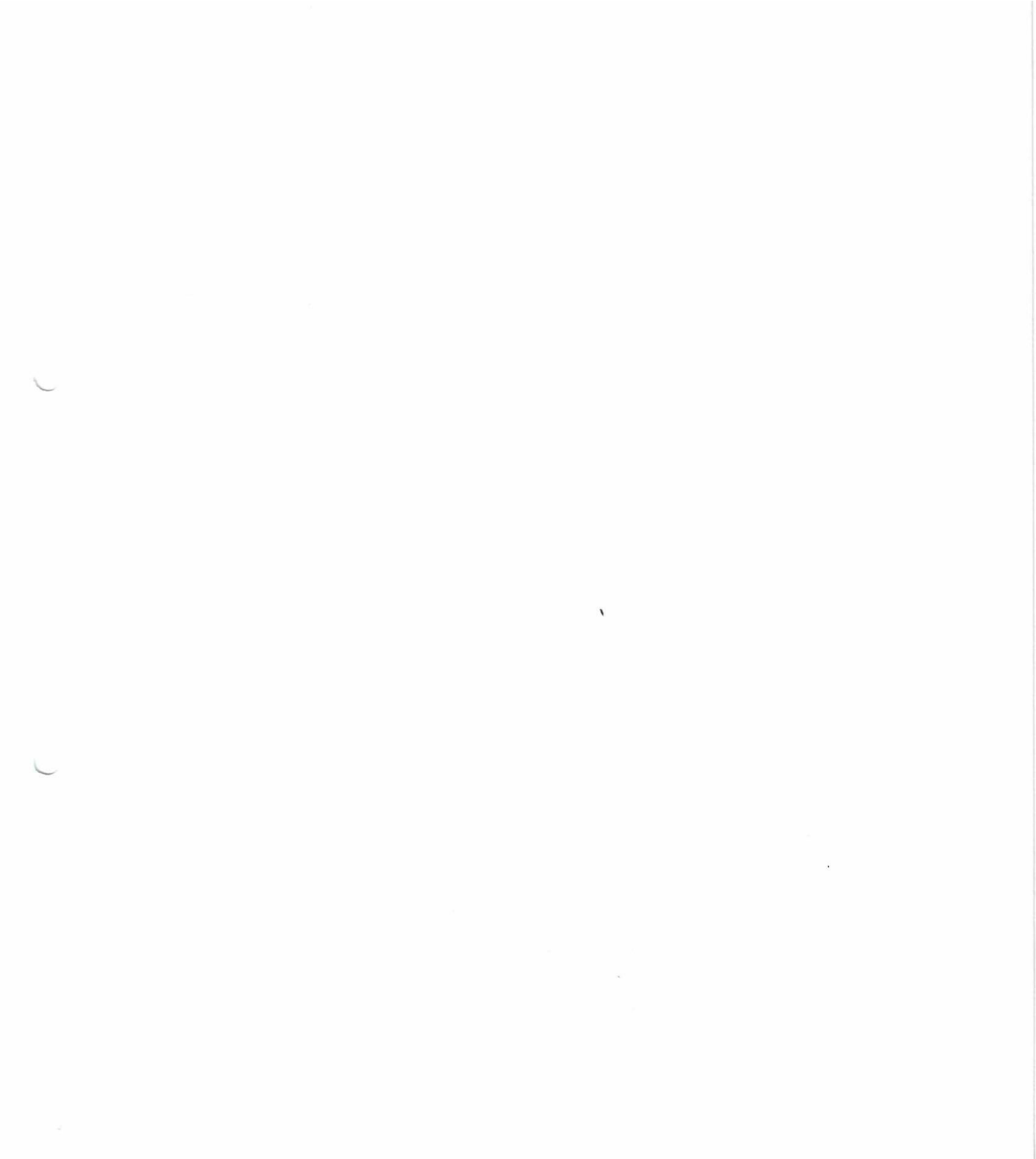
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

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

2022071911533





CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIA YINETH VEGA VASQUEZ**, número de identificación **51984970**, 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, 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
C1022407411	PEREZ GUDIÑO WENDY YURANY	07/07/2022		1833379	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 / 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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación

4008560130

Fecha de Radicación

11/10/17 21:02:22

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

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
PEREZ Primer apellido	CC	GUDIÑO Segundo apellido	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	02/10/51/9/9/5
WENDY Primer nombre		YURANY Segundo nombre		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo <input checked="" type="checkbox"/> FNM Condición <input type="checkbox"/> TIP		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000	
18. Residencia	3142916690	RECEPCIONUTECOLIMPIEZA@GMAIL.COM	
CL 45A 43B 24 SUR Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electrónico
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input 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	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		

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

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

Datos complementarios

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

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 SANTA LUCIA - UOD CPO SANTA LUCIA	VSLUCIA - UODCPOSUC
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 Teléfono	AUXILIARRH@ECOSERVIV.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección			BOGOTA Departamento

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

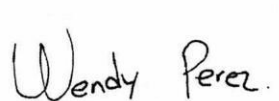
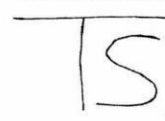
41. Datos básicos de la identificación

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"/>		07/07/2022			
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	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel			
<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				
<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.

**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:

WENDY YURANY PEREZ GUDIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.407.411**, 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) **WENDY YURANY PEREZ GUDIÑO**, número de identificación **1022407411**, 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,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Luz Marina Teuta Ríos".

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

Medellín, 13 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
C52846383	GONZALEZ RODRIGUEZ MARTHA CECILIA	07/07/2022		15619225	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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10003213452225640407

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 13/09/2022 11:13:27.
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) MARTHA CECILIA GONZALEZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadanía 52846383, se encuentra Retirado 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	20220731

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Septiembre 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 19904151

427
7270

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARTHA CECILIA GONZALEZ RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52846383**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2012** 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 13 de septiembre de 2022.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

176

4#0
1271



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GONZALEZ RODRIGUEZ MARTHA CECILIA, CC - 52846383**, está afiliado(a) desde **07/07/2022**, como trabajador de **UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA**, con NIT: **9013514118**.

Estado civil: **Soltero**

Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**

Categoría: **A**

Fecha de Ingreso a la Empresa: **07/07/2022**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **07 de julio del 2022** asolicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

170

Medellín, 25 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
C52165450	RODRIGUEZ LUZ STELLA	22/07/2022		zD197381	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220643525

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 25/07/2022 12:05:25.

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

4008709002

Fecha de Radicación

05/08/2012

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: <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	- Cotizante Cabeza de familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. De oficio <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"/>	

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
RODRIGUEZ Primer apellido	CC	52165450	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	22/05/1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FINM Condición TIF		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
CL 43 A N3 52 SUR ESTE Dirección	3153109316	YAZMINPAEZ5@GMAIL.COM	
BOGOTÁ Municipio/Distrito	Localidad / comuna	BOGOTÁ Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

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

VI. DATOS COMPLEMENTARIOS

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Tipo	33. Condición
		F M	N M	I P
34. Datos de residencia	35. Zona	36. Departamento	37. Teléfono Fijo y/o celular	38. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Urbana Rural			

VII. SELECCIÓN DE LA IPS PRIMARIA

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER

36. Tipo de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
NIT	901351411	01
39. Ubicación	40. Teléfono	41. Correo electrónico
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159825 Dirección	7030470	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM
	BOGOTÁ Municipio/distrito	BOGOTÁ Departamento

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
☐ 8. 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

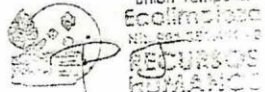
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>					
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 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 Luz Rodriguez	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
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.

Bogotá, Septiembre 13 de 2022.

Señora:
RODRIGUEZ LUZ STELLA
CC. 52165450
CL 43 A N3 52 SUR ESTE - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 5 de 2021. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
RODRIGUEZ DE GUTIERREZ ANA MARIA	35465831	C	Ene-5-2021	52	0	PADRES	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ LUZ STELLA	52165450	C	Ene-5-2021	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
SECURITAS COLOMBIA S A	52165450	Dependiente	CERRADO
SEGURIDAD VIGILANCIA SERVICONCEL	52165450	Dependiente	CERRADO
SERVISION DE COLOMBIA	52165450	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	52165450	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ STELLA RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52165450**, se encuentra afiliado/a desde **01/07/2018** 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 25 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LUZ STELLA RODRIGUEZ**, número de identificación **52165450**, está afiliado (a) desde **22/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa: 22/07/2022

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, 13 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
C39673830	SANCHEZ SABOGAL MARIA HELENA	07/07/2022		242198T1	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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10003213452225640632

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 13/09/2022 11:17:12.

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

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 SGSS" 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 o por medio de nuestra línea del Contact Center: (1) 5190342.

Cordialmente,




JIMMY MAURICIO ZIPA LEMUS
DIRECTOR DE OPERACIONES
Elaboró: AMSR

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) 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 13 de septiembre del 2022.

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

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



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



CERTIFICACIÓN

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

Estado civil: **Soltero**

Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**

Categoría: **A**

Fecha de Ingreso a la Empresa: **07/07/2022**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **13 de julio del 2022** asolicitud del interesado

Cordialmente,

Luz Marina Teuta Ríos
Jefe Departamento Subsidio

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

CENTRO DE COSTOS: 3ED SOCCHN GENERAL SANTANDER

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	COPI	UNIFORME	DELANTAL	CAPA	PROTECCIÓN	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	39660183	Gilma Parraga Amaya	07-07-22		x	x	x											Gilma Parraga Amaya
2	36641532	Marina Lopez	07-07-22		x	x	x											Marina Lopez
3	39660183	Edilma Gonzalez	07-07-22		x	x	x											Edilma Gonzalez
4	39673930	Helena Sanchez	07-07-22		x	x	x											Helena Sanchez
5	51984970	Yenny Mayorga	07-07-22		x	x	x											Yenny Mayorga
6	63716130	Luz Herrera Gomez	07-07-22		x	x	x											Luz Herrera Gomez
7	52097439	Carolina Trujillo	07-07-22		x	x	x											Carolina Trujillo
8	51894669	MARTINA GONZALEZ	07-07-22		x	x	x											MARTINA GONZALEZ
9	1022407411	Wendy Perez	07-07-22		x	x	x											Wendy Perez
10	39674360	Yenny Mayorga	07-07-22		x	x	x											Yenny Mayorga
11	Angela Sanabria	1073692577	07-07-22		x	x	x											Angela Sanabria
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR:

[Firma]

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimos

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INTITUCION EDUCATIVA LUIS HENRRRIQUEZ	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 19ª #5- 51 SUR	TELEFONO	3112036508

RELACION DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
53891100	LUZ MERY CARDENAS VELASQUEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
23588743	ROSALBA VERDUGO SILVA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
30407485	SONIA LILIANA ARENAS GONZALEZ	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
1032396865	YULI PAULIN PATIÑO	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20


4=20

POR FAVOR 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
Daniel Oswaldo Morales Barbosa	79965687	

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS DE ASEO DEL 5 AL 10

COLEGIO:	INTITUCION EDUCATIVA LUIS HENRRIQUEZ	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 19ª #5- 51 SUR	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS


CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
55165180	MARIA CECILIA SANCHEZ	5 julio de 2022 8 julio de 2022	5 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL 2
39670579	ALBA JENNY RUBIANO	5 julio de 2022 8 julio de 2022	5 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL 2
1032396865	YULI PAULIN PATIÑO	5 julio de 2022 8 julio de 2022	5 julio de 2022 8 julio de 2022	PRINCIPAL PRINCIPAL 2

PORFAVOR MARQUE CON UNA X SEGÚN LA PRESTACION QUE CONSIDERA EN CADA ITEM
(E=EXCELENTE; B=BUENO; R=REGULAR; D=DEFICIENTE) 3-2.

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

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Karen Palma Quintero Secretaria	1.024.342.462	 Institución Educativa Luis Enriquez

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
C53891100	CARDENAS VELASQUEZ LUZ MERY	11/07/2022		12153x13	DEPENDIENTE

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

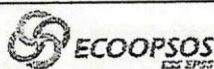
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

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

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de Trámite

2. Tipo de Afiliación

A. Individual

- Cotizante o cabeza de familia ☒

- Beneficiario o afiliado adicional ☐

D. De oficio ☐

3. Régimen

A) Contributivo ☒

B) Subsidiado ☐

A. Afiliación ☒

B. Reporte de Novedades ☐

B. Colectiva ☐

C. Institucional ☐

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

Primer apellido

Segundo Apellido

Primer nombre

Segundo Nombre

7. Tipo documento de Identidad

8. Numero de documento de Identidad

9. Sexo

Femenino ☒

Masculino ☐

10. Fecha de Nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad

Tipo F ☐ N ☐ M ☐

Condición T ☐ P ☐

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones

17. Ingreso Base de Cotización - IBC

18. Residencia

Dirección

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Municipio/Distrito

Zona

Urbana ☒

Rural ☐

Localidad/Comuna

Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y Nombres Completos

Primer apellido

Segundo Apellido

Primer nombre

Segundo Nombre

20. Tipo documento de Identidad

21. Numero de documento de Identidad

22. Sexo

Femenino ☐

Masculino ☐

23. Fecha de Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres completos

Primer apellido

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

B1

B2

B3

B4

B5

DATOS COMPLEMENTARIOS

29. Parentesco

30. Etnia

31. Discapacidad

F

TIPO

N

M

T

P

B1

B2

B3

B4

B5

32. Datos de Residencia

Municipio/Distrito

Zona

Rural ☐

Urbana ☐

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 EPS 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

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 documento de Identidad

37. Numero del documento de Identificación

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

UNION TEMPORAL ECOIMPRESA

36. Tipo documento de Identidad

37. Numero del documento de Identificación

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

39. Ubicación

Calle

Dirección

afiliación/hotel/impresas

BOGOTÁ

BOGOTÁ

Calle

Dirección

afiliación/hotel/impresas

BOGOTÁ

VIGILADO Supersalud

RC-ABD-018-03

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII. FIRMAS

LX. ANEXOS

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ MERY CARDENAS VELASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **53891100**, se encuentra afiliado/a desde **15/04/2010** 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 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) **LUZ MERY CARDENAS VELASQUEZ**, número de identificación **53891100**, 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
C23588743	BERDUGO SILVA ROSALBA	11/07/2022		9194L241	DEPENDIENTE

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

4008600923

Fecha de Radicación

1/9/07/2/02/2

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: <input checked="" type="checkbox"/> -Cotizante Cabeza de familia B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/> -Beneficiario afiliado adicional B. De oficio <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" 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
VERDUGO Primer apellido	CC	SILVA Segundo apellido	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
10. Fecha de nacimiento	11. Segundo nombre		
1/1/02/1/9/7/6	ROSALBA Primer nombre		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
Tipo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Condición <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> P		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular
CR 19 A N 1 SUR 84 Dirección	3115618729	GILMAPARRAGA59@GMAIL.COM
SOACHA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Correo electrónico
	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA 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	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Segundo apellido				
Primer nombre				
Segundo nombre				

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

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

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Tipo F M	Zona Urbana Rural	
B1		N		
B2				
B3				
B4				
B5				

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 SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
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	40. Teléfono	41. Correo electrónico	42. Municipio/distrito
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM	BOGOTA
	Teleéfono	Correo electrónico	Departamento

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

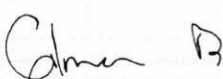

41. Datos básicos de la identificación

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"/>				11/10/72 02/02/2	
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		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		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.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

46

El(la) Señor(a) ROSALBA VERDUGO SILVA identificado(a) con C.C No. 23.588.743, 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 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) **ROSALBA VERDUGO SILVA**, número de identificación **23588743**, 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
C30407485	ARENAS GONZALEZ SONIA LILIANA	11/07/2022		24681862	DEPENDIENTE

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

Atentamente,

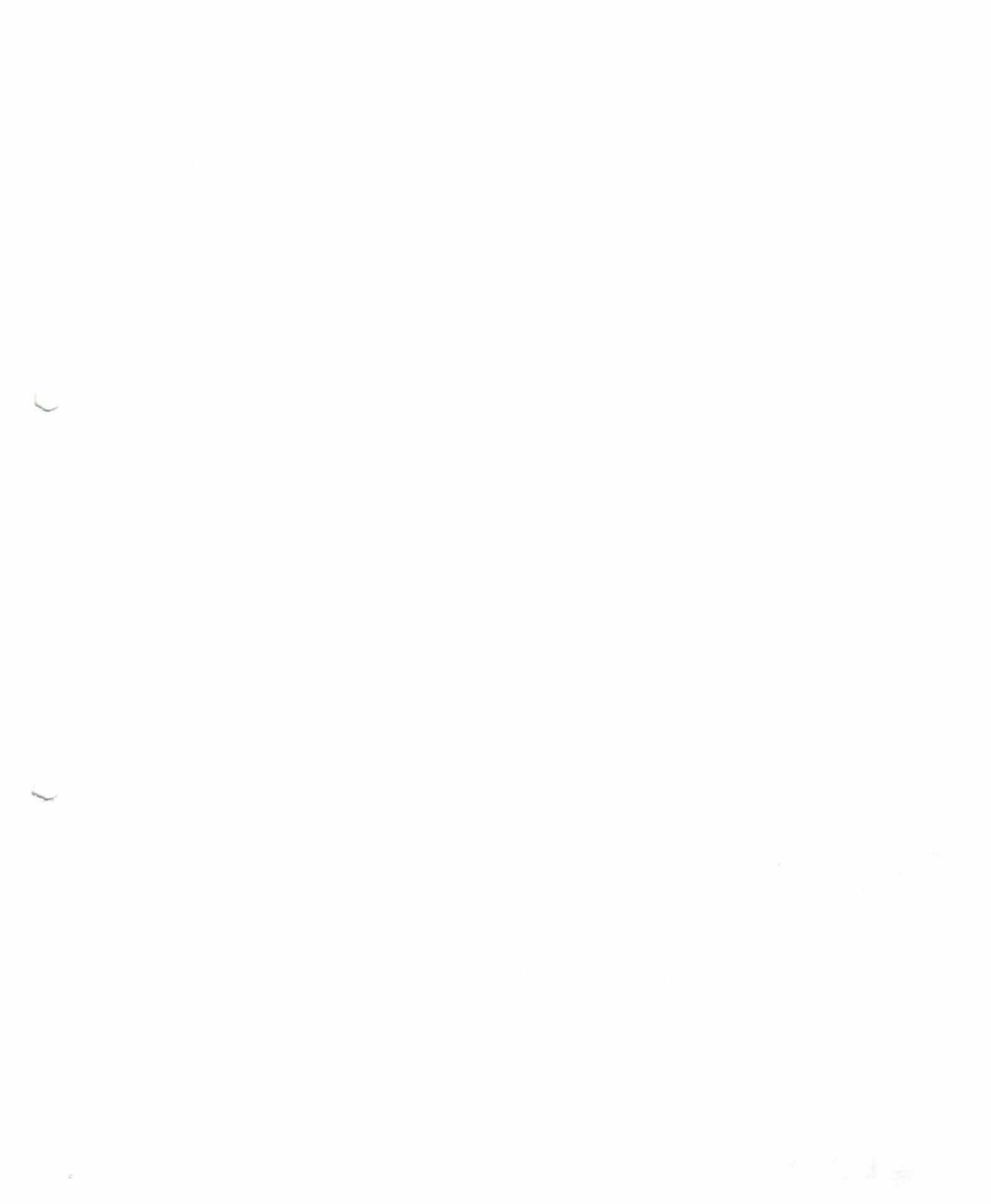
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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



Resultados del registro de novedades de reingreso



EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud

6I_12

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

Reingreso 1

Empleador	NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
Afiliado	CC 30407485 SONIA LILIANA ARENAS GONZALEZ
Tipo de trabajador	1 Dependiente
Salario Base	\$ 1.000.000
Cargo	OTRO
Sucursal	BOGOTÁ D.C. CR 25 40-68
Fecha de ingreso	11/07/2022
Fecha de radicación	15/07/2022 04:33:33 p.m.
Código de Transacción	141616873
Resultado del Reingreso 1	
Novedad aplicada con éxito	El periodo de inicio de pago es 08/2022

Fecha de generación

15/07/2022

1



L01

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SONIA LILIANA ARENAS GONZALEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **30407485**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2006** 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.

47
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SONIA LILIANA ARENAS GONZALEZ**, número de identificación **30407485**, 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
C1032396865	PAULIN PATINO YULI	05/07/2022		255c1421	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10230290952220335561

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 09:52:40.

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 Radicacion

4008568552

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	2. Tipo afiliación	3. Régimen
A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input checked="" type="checkbox"/>	A. Individual: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" 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)

7. Apellidos y nombres	8. Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
PATINO Primer apellido	1032396865	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	2/2/10/19/8/6
7. Tipo documento de Identidad			
CC			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FNM Condición TP		
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1000000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
CR 35 N 38D 04 Dirección		3158164722	YULIPATINO2016@GMAIL.COM
SOACHA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA 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	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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

24. Apellidos y nombres	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido			Femenino Masculino	

Datos complementarios

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

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 SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
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	40. Teléfono	41. Correo electrónico	42. Municipio/distrito
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM	BOGOTA
			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	Fecha de nacimiento	42. Fecha			
<input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		05/07/2022			
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	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel				
<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.

**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:

YULI PAULIN PATIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.396.865**, 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) **YULI PAULIN PATIÑO**, número de identificación **1032396865**, 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

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

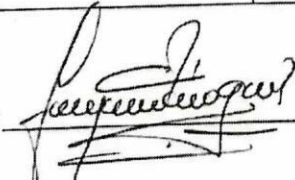
CENTRO DE COSTOS: SEO DOOCHA LUIS HENRIQUEZ

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 fallas 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	COPI	UNIFORME	DELANTAL	CAPA	PROTECCIÓN	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	53891100	Luiz Mary Carabias	07-07-22		X	X	X											Luiz Mary C.
2	20407485	Sonia Liliana Arce	07-07-22		X	X	X											Sonia Arce
3	1032376865	Yuli Patiño	07-07-22		X	X	X											Yuli Patiño
4	23588743	Rosalba Verdugo	07-07-22		X	X	X											Rosalba V.
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: 

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

200

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO

COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA INTEGRADO DE SOACHA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 10 #12- 61	TELEFONO	

RELACION DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
52182432	ADRIANA MERCEDES NOVOA AMAYA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
1075092155	DIANA VALDERRAMA MOSQUERA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
1001115516	MELANY ANDREA MORENO ASPRIYA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
39664733	TERESA DE JESUS TORRES RIOS	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
1030546744	LEIDY ALEXANDRA VARGAS ALVARADO	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
28867830	MARIA EIDY GUEVARA GAITA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
53894390	YENNY EDITH SIERRA ZAMARA	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20
1022959877	NIDIA CASTRO LANCHEROS	11 julio de 2022	31 julio de 2022	20


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

8=20

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
Rafael Farbera Castillo	67 57 880	

1303



CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS DE ASEO DEL 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA INTEGRADO DE SOACHA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KR 10 #12- 61	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
32375719	LIRIAN HERRON	8 julio de 2022	8 julio de 2022	PRINCIPAL 1
79272475	OCTAVIO OVIEDO	8 julio de 2022	8 julio de 2022	PRINCIPAL 1
39664733	TERESA DE JESUS TORRES RIOS	8 julio de 2022 9 julio de 2022	8 julio de 2022 10 julio de 2022	PRINCIPAL SEDE KENNEDY 3

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

2-1
1-3

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
Luz Stella Martinez	39'673249	<i>[Firma]</i>

A administrativo cto

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT

CHICAGO, ILLINOIS

1950

RECEIVED

1950

1950

1950

1950

1950

1950

1950

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
C52182432	NOVOA AMAYA ADRIANA MERCEDES	11/07/2022		212190L1	DEPENDIENTE

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

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

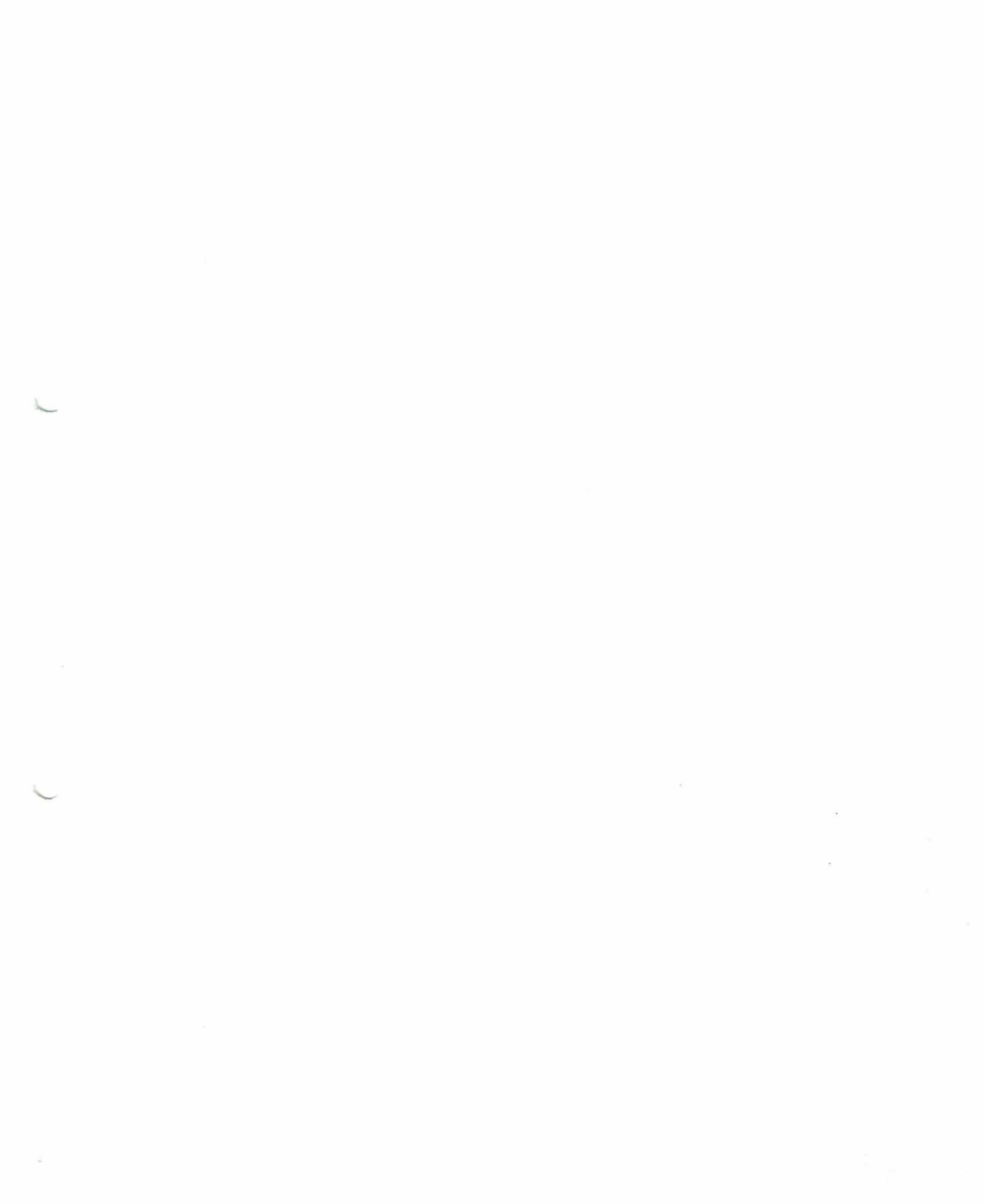
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

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

4008601004

Fecha de Radicación

1/9/07/2/02/2

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: <input checked="" type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> B. Institucional <input type="checkbox"/>	A. Contributivo <input checked="" 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
NOVOA Primer apellido	CC	AMAYA Segundo apellido	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	MERCEDES Segundo nombre
		52182432		2/3/02/1/9/7/3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
6	Tipo FINH 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.	COLFONDOS	1000000	
18. Residencia	19. Teléfono fijo	20. Teléfono celular	21. Correo electrónico
CR 15 N° 17 18 SUR BRR SOACHA COMPARTIR Dirección		3134878398	RECEPCIONUTECOLIMPIEZA@GMAIL.COM
SOACHA Municipio/Distrito	zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA 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	20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

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

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

Datos complementarios

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

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 SOACHA TERREROS - VS SOACHA TERREROS	VSSOACHA - VSSOACHA
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	40. Teléfono	41. Correo electrónico	42. Municipio/distrito
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM	BOGOTA
	Telefóno	Correo electrónico	Departamento

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

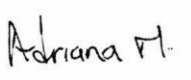

41. Datos básicos de la identificación

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
<input type="checkbox"/>			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		71. Firma del funcionario			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
Tipo documento de identidad	Número documento de identidad				
<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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ADRIANA MERCEDES NOVOA AMAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.182.432**, 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 y actualice su Historia Laboral.



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ADRIANA MERCEDES NOVOA AMAYA**, número de identificación **52182432**, 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
C1075092155	VALDERRAMA MOSQUERA DIANA	11/07/2022		1476226C	DEPENDIENTE

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

7309

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) DIANA VALDERRAMA MOSQUERA CC 1075092155 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 o por medio de nuestra línea del Contact Center: (1) 5190342.

Cordialmente,


JIMMY MAURICIO ZIPA LEMUS

DIRECTOR DE OPERACIONES

Elaboró: AMSR

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:

DIANA VALDERRAMA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.075.092.155**, 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) **DIANA JULIETH VALDERRAMA MOSQUERA**, número de identificación **1075092155**, 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
C1001115516	MORENO ASPRILLA MELANY ANDREA	11/07/2022		eK5945u2	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: 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
4641806	15/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1001115516	MELANYANDREA MORENO ASPRILLA	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:

MELANY ANDREA MORENO ASPRILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.115.516**, 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:

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.

214.



CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MELANY ANDREA MORENO ASPRILLA**, número de identificación **1001115516**, 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, 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
C39664733	TORRES RIOS TERESA DE JESUS	05/07/2022		i1921311	DEPENDIENTE

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) TERESA DE JESUS TORRES RIOS identificado(a) con CC 39664733 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/08/2008
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: BIENESTAR IPS SEDE BOSA
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de julio del año 2022.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

4-#
7318

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **TERESA DE JESUS TORRES RIOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39664733**, se encuentra afiliado/a desde **02/05/1996** 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.

52
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO





CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **TERESA DE JESUS TORRES RIOS**, número de identificación **39664733**, 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

