231
1320

ARL | sura

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
C1012321965	MOLINA SOTO MARTHA LILIANA	07/07/2022		127o1531	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

732
1321

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9008990078
9008990078

No. de Radicación: 24236434
Fecha de Radicación: 19 07 2022

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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
MOLINA	SOTO	MARTHA	LILIANA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1012321965	Femenino [X] Masculino [ ]	21 10 1985

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M; Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.000.000			

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona (Urbana / Rural)	Localidad / Comuna	Departamento

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NT	901351411	

39. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO	6332795		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]		07 07 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 o afiliados adicionales [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios [ ]
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	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	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

71. Firma del funcionario

Vigilado Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

09/2016

732
1322

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar

9008990078
9008990078

No. Solicitud: 24236434

19 07 2022

MOLINA | SOTO | MARTHA | LILIANA

CC 1012321965 — 21 10 1985

SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA

$1.000.000

UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA — NIT 901351411

CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO 6332795 — BOGOTA — DISTRITO CAPITAL

07 07 2022

Martha Molina

RECURSOS HUMANOS

CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

Cambio Empleo

INTERNET

~~733~~
1323

porvenir
sólo hay uno

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 MOLINA SOTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.321.965**, 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.

~~734~~
1324

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARTHA LILIANA MOLINA SOTO,** número de identificación **1012321965**, 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

~~738~~
1325

ARL | sura

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
C1002624413	PINTO MARTINEZ WINDY NAYARITH	07/07/2022		23215337	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

~~736~~
1326

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008560183	1|1|0|7|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
PINTO Primer apellido	MARTINEZ Segundo apellido	WINDY Primer nombre	NAYARITH Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1002624413	Femenino ☒ Masculino ☐	0|7|0|1|2|0|0|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1000000

18.Residencia

CR 21 B ESTE 48A 41 Dirección	Telefono fijo	3224127978 Telefono celular	SEBASTTAN05@GMAIL.COM Correo electronico
BOGOTA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA Departamento

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

24. Apellidos y nombres	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	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo 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 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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación

CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470 Teleéfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

737

No de Radicacion
4008560183

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		0|7|0|7|2|0|2|2

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Windy Pinto.	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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

~~138~~
1327

porvenir
sólo hay uno

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:

WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.002.624.413**, 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) **WINDY NAYARITH PINTO MARTINEZ,** número de identificación **1002624413**, 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

~~740~~
1329

ARL | sura

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
C39676079	SANCHEZ SUSA SUGEY	07/07/2022		20413423	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

~~741~~
1330

EPS sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **SUGEY SANCHEZ SUSA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANIA** número **39676079**, aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39676079
NOMBRES Y APELLIDOS	SUGEY SANCHEZ SUSA
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	60
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	32
EMPLEADOR(ES)	NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA DESDE 07/07/2022, NI 901351411 UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA DESDE 28/03/2022 HASTA 18/07/2022

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **15/07/2022**

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

742
1331

porvenir
sólo hay uno

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:

SUGEY SANCHEZ SUSA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **39.676.079**, 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.

743
1332

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SUGEY SANCHEZ SUSA**, número de identificación **39676079**, 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

ARL | sura

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
C1073693205	VALBUENA PEÃALOZA NELLY ROXANA	07/07/2022		13521459	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. asi 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

745
1334

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008589713	1|5|0|7|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
VALBUENA (Primer apellido)	PEÑALOZA (Segundo apellido)	NELLY (Primer nombre)	ROXANA (Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1073693205	Femenino ☒ Masculino ☐	2|2|1|1|1|9|9|1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

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			
CL 14 A 13 — Dirección	Telefono fijo	3507221123 — Telefono celular	NELLYROXANAP2905@GMAIL.COM — Correo electronico
BOGOTA — Municipio/Distrito	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA — Departamento

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			
Primer apellidó	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

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

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo: Femenino	Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo 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 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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación				
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 — Dirección	7000470 — Teleéfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM — Correo electrónico	BOGOTA — Municipio/distrito	BOGOTA — Departamento

No de Radicacion
4008589713

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		0|7|0|7|2|0|2|2

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 elo 1377 de 2013

53.☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Nelly Valbuena	Union Temporal Ecolimpieza Nit 901.351.411 - 8 RECURSOS HUMANOS
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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

747
1335

porvenir
sólo hay uno

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:

NELLY ROXANA VALBUENA PEÑALOZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.693.205**, 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) **NELLY ROXANA VALBUENA PEÑALOZA,** número de identificación **1073693205**, 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

ARL | sura

749
1337

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
C51834011	VARGAS YAGUARA SOLANYEN	11/07/2022		OWf19WG1	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:C10230290952220331339

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 08:42:19 .
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

750
1338

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
VARGAS	VASQUEZ	SOLANGIEN	

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 51834011
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 25 10 1965

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: SURA
16. Administradora de Pensiones: COPENSIONES
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1.000.000

18. Residencia
Dirección: CRA 10 # 15-33
Teléfono Fijo: 3102661075
Teléfono celular: recepcion.vtecolimpieza@gmail.com
Municipio/Distrito: SOACHA
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Localidad/Comuna: SANTA ANA
Departamento: CUNDINAMARCA

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

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

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

C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
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: 3152826888
Correo electrónico: afiliacionesrhuteco limpieza@gmail.com
Municipio/Distrito: BOGOTA
Departamento: BOGOTA

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.
- [x] 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: [x] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	1 1 0 9 2 0 2 2

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	Código [ ]	

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 intemeción 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 beneficiados 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 publicas 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 envie información al correo electrónico o al celular como mensaje 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
Solangen Vargas	Unión Temporal Ecoimpieza NIT 901.331.411 - 8 RECURSOS HUMANOS

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 defuncion 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		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

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 capitulo VII del formulario.

752
1339

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SOLANYEN VARGAS YAGUARA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **51834011,** se encuentra afiliado/a desde **27/09/1994** 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) **SOLANYEN VARGAS YAGUARA**, número de identificación **51834011**, 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

ARL | sura

~~754~~ 1341

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
C30670365	LOPEZ LOPEZ YOHANA ESTHER	13/07/2022		340'4322	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:C10230290952220331336

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 08:42:16 .
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

755
1342

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YOHANA ESTER LOPEZ LOPEZ identificado(a) con CC 30670365 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	18/01/2018
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	BIENESTAR IPS SEDE EL ENSUEÑO
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto 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

1343

porvenir
sólo hay uno

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:

YOHANA ESTER LOPEZ LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **30.670.365**, 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.

1344.

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **YOHANA ESTER LOPEZ LOPEZ,** número de identificación **30670365**, está afiliado (a) desde **13/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA,con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa:13/07/2022

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

750
1345

ARL | sura

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
C1073668476	PINZON RUIZ JEIMMY ANDREA	07/07/2022		11143332	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

759
1346

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
En Pos de tu Bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran adelante al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Tramite: A. Afiliacion [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PINZON	RUIZ	JEIMMY	ANDREA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1073668476	Femenino [X] Masculino [ ]	1 3 0 4 1 9 8 6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M; Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
SURA	PORVENIR	1.000.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CARRERA 18 # 9 A 89		3106696587	yeimipinzon@gmail.com

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/comuna	Departamento
SOACHA	Urbana [X] Rural [ ]	SOACHA	CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

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

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

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

35. Nombre o razon social	36. Tipo de documento de identificacion	37. Numero del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411-8	

39. Ubicacion: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 17 # 33-54	3152579888	afiliacionesrhutecolimpieza@ecoservir.com	BOGOTA	BOGOTA

760
1347

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.
- [X] 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: [X] A. Régimen Contributivo; [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen; [ ] B. Diferente Regimen
- [ ] 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	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	4.2 Fecha 0 7 0 7 2 0 2 2

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

JEINNY DINSON

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare 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	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

1348

porvenir
sólo hay uno

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:

JEIMMY ANDREA PINZON RUIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.668.476**, 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

~~762~~
1349

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JEIMMY ANDREA PINZON RUIZ,** número de identificación **1073668476**, 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

30

~~263~~
1350

ARL | sura

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
C51894669	GONZALEZ GUERRERO MARTHA JANETH	11/07/2022		3O2325ff	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

764
1352

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980021
9008980021

No. de Radicación: 24219788
Fecha de Radicación: 17 07 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X]; 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 GONZALEZ; Segundo Apellido GUERRERO; Primer Nombre MARTHA; Segundo Nombre YANET
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 51894669
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 29 M 01 A 1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.000.000
18. Residencia: País; Departamento; Municipio / Distrito; Zona: Urbana [ ] Rural [ ]; Localidad / Comuna; Barrio; Teléfono fijo; Teléfono celular; Correo electrónico

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901351411
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): BOGOTA; DISTRITO CAPITAL
39. Ubicación: CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO; 6332795

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 [X] 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 desarrollo [ ] 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
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: D 11 M 07 A 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra 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 registrados 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 datos mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

MARTA GONZALEZ

Unión Temporal Ecolimpieza Nit. 901.351.411 - 8 RECURSOS HUMANOS

Firma del Afiliado o Representante Legal o de Oficio

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES: CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES
71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

Cambio Empleo

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.

INTERNET

765
1352

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ GUERRERO MARTHA YANET** identificado(a) con **CC** número **51.894.669** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2003 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 40% 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
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

2022071911392

~~766~~
1353

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARTHA YANET GONZALEZ GUERRERO,** número de identificación **51894669**, 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

767
1354

ARL | sura

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
C1012338210	RODRIGUEZ GUTIERREZ ANGI JHOANA	11/07/2022		91203Â³13	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

ECOOPSOS
EPS

No. DE RADICACION	FECHA RADICACION (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A) Contributivo [X] B) Subsidiado [ ]
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] 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: RODRIGUEZ; Segundo Apellido: GUTIERREZ; Primer nombre: ANGIE; Segundo Nombre: JOHANNA
7. Tipo documento de Identidad: CC
8. Numero de documento de Identidad: 1012338210
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de Nacimiento: 11 12 1987

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: SURA
16. Administradora de Pensiones: PORVENIR
17. Ingreso Base de Cotización - IBC: $ 1.000.000
18. Residencia: Dirección: Cg 42 #13 B30; Teléfono Fijo: 3117993165; Teléfono Celular: johanaangel1@gmail.com; Correo Electrónico:
Municipio/Distrito: SOACHA; Zona: Urbana [X] Rural [ ]; Localidad / Comuna: CENTRO; 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 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: D D M M A A A A

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					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

DATOS COMPLEMENTARIOS

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad TIPO: F	N	M	CONDICIÓN: 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 Institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o Razón Social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
36. Tipo documento de Identidad: NIT
37. Numero deL documento de Identificación: 901351411-8
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (A registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: CALLE 17A # 33-54; Teléfono: 3152579888; Correo Electrónico: aplicaciones@ecolimpieza@ecoopsos.com; Municipio/Distrito: BOGOTA; Departamento: 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 corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizante.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de Fallecimiento
- [ ] 16. Reporte de tramite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de Identidad	Numero de documento de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	11 07 2012

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades publicas 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 envié información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

ANGIE RODRIGUEZ	Unión Temporal
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de le afiliación colectiva. Institucional o de Oficio.

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD CS
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación date 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 ola 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 radicación	69. Fecha de validación
Código Municipio	Código del Departamento	Numero de Ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de identidad	Numero documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: OP- ASFO

IMPRENTA TELEFAX 282 8116

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

770
1356

porvenir
sólo hay uno

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:

ANGIE JOHANNA RODRIGUEZ GUTIERREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.338.210**, 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.

221
1357

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ANGIE JOHANNA RODRIGUEZ GUTIERREZ,** número de identificación **1012338210**, 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

ARL | sura

1358

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
C1073716943	VELEZ ORTIZ ANGIE PAOLA	15/07/2022		23924812	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:C10230290952220331347

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 08:42:27 .
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

773
1359

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

ECOOPSOS EPS

No. DE RADICACION

FECHA RADICACION D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A) Contributivo [X] B) Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] 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: VELEZ; Segundo Apellido: ORTIZ; Primer nombre: ANGIE; Segundo Nombre: PAOLA

7. Tipo documento de Identidad: CC

8. Numero de documento de Identidad: 1073716943

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de Nacimiento: 2 8 0 8 1 9 9 8

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: SURA

16. Administradora de Pensiones: PROTECCION

17. Ingreso Base de Cotización - IBC: $1.000.000

18. Residencia: Dirección: CL 6 SUR # 18 H 64; Teléfono Fijo:; Teléfono Celular: 3132609021; Correo Electrónico: ANGIEVELEZ1024@OUTLOOK.COM

Municipio/Distrito: SOACHA; Zona: Urbana [X] Rural [ ]; Localidad / Comuna: LA VEREDITA; 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 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: D D M M A A A A

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					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					

DATOS COMPLEMENTARIOS

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: F	TIPO: N	M	CONDICIÓN: 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 Institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o Razón Social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA

36. Tipo documento de Identidad: NIT

37. Numero del documento de Identificación: 901351411

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

39. Ubicación: Dirección: CALLE 17 # 33-54; Teléfono: 3152579888; Correo Electrónico: afiliacionesrhutecolimpieza@ecoservir.com; Municipio/Distrito: BOGOTA; Departamento: BOGOTA

774
1360

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 corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizante.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad [X] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de Fallecimiento
- [ ] 16. Reporte de tramite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-Pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad del Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de Identidad	Numero de documento de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	42. Fecha
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 5 0 7 2 0 2 2

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 beneficios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades publicas 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 envié información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante y entidad responsable de la afiliación colectiva. Institucional o de Oficio
ANGEL ORTIZ	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD CS
  Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación date 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 ola 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 radicación	69. Fecha de validación
Código Municipio	Código del Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de identidad	Numero documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: OP. ASEO

IMPRENTA TELEFAX 202 9116

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

~~775~~
1361

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 25 de julio de 2022.

Cordialmente,

Laura P. Merchán 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

2022072511560

1362

CERTIFICACIÓN

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

Fecha de ingreso a la Empresa:15/07/2022

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

ARL | sura

1363

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
C1065379995	BABILONIA DE AGUSTIN DINA LUZ	15/07/2022		0222177k	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:C10230290952220331345

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 08:42:25 .
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

778
1364

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 05/08/2022, 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
4715115	05/08/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1065379995	DINALUZ BABILONIA DE	1000000	NO CLASIFICADO	2022-07-15

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Agosto del año 2022.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

779
1365

porvenir
sólo hay uno

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:

DINA LUZ BABILONIA DE AGUSTIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.065.379.995**, 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.

780
1366

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DINA LUZ BABILONIA DE AGUSTIN,** número de identificación **1065379995**, está afiliado (a) desde **15/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa:15/07/2022

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

721
1367

ARL | sura

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
C1073711709	CAÑAS PORTILLA LUZ YOLANDA	27/07/2022		13515224	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:C10003213452225640577

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 11:16:16 .
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

782
1368

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008687821	0|2|0|8|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
CAÑAS (Primer apellido)	PORTILLA (Segundo apellido)	LUZ (Primer nombre)	YOLANDA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1073711709	Femenino ☒ Masculino ☐	0|5|0|6|1|9|9|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo FNM Condicion TIP		

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

CR 8 ESTE 8 15 BRR LA FLORIDA (Dirección)	Telefono fijo	3028428243 (Telefono celular)	YOLANDAPORTILLA0101@GMAIL.COM (Correo electronico)
SOACHA (Municipio/Distrito)	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA (Departamento)

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento 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			
	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	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	I	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo 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 docuemnto de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación				
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 (Dirección)	7000470 (Teléfono)	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)

No de Radicacion
4008687821

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		2|7|0|7|2|0|2|2

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 Contributvo,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 poir 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

LUZ CANAS	Unión Temporal Compromiso NIT 901.351.411 - 1 RECURSOS HUMANOS
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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

~~783~~
1369

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUZ YOLANDA CAÑAS PORTILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.711.709**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Septiembre 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.

~~704~~
1370

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LUZ YOLANDA CAÑAS PORTILLA,** número de identificación **1073711709**, está afiliado (a) desde **27/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa:27/07/2022

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

Unión Temporal Ecolimpieza	ACTA ENTREGA DE DOTACIÓN	CÓDIGO: F-CON-01
		VERSIÓN: 01

Ciudad: Bogota 14-07-2022

Trabajador: Dina Babilonia. **Cedula:** 1065379995

Cargo: Ope. aseo y cafetaria **Centro de Costo:** Secretaria de Soacha

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COLOR	TALLA
1	Camisa	Azul.	10
1	Pantalón	Azul	10
1	Zapatos	Negro.	36.

NOTA:

- Los uniformes en general no se pueden cortar y destruir.
- El uniforme si les queda grande, mandarle a coger y, Pero no cortarlo.
- En caso de pérdida o robo notificar a la empresa, y hacer el denuncio respectivo.

Por políticas debemos recoger los uniformes anteriores, por higiene y seguridad y así mismo guardar la uniformidad. Usted debe hacer entrega del uniforme anterior en las debidas condiciones:

- Botas: lavadas dentro de una bolsa trasparente, marcando la talla.
- Calzado: limpio en una bolsa transparente.
- Uniforme: lavado, en bolsa trasparente, marcando la talla.
- Gorros: lavado
- Gafas: dentro de una bolsa trasparente.
- Todo será entregado por separado y directamente a su supervisor en mando.
- Carnet: debe realizar la devolución del carnet, en caso de perdidas deberá entregar el denuncio.

El trabajador manifiesta: En caso de daño de la dotación entregada o parte de ella, el trabajador se compromete a realizar los arreglos correspondientes o el cambio total de dicha prenda y su valor será descontado de su salario.

Firma quien recibe

Dina Babilonia

C.C 1065379995

Firma quien entrega

Coordinadora de Compras
Unión Temporal Ecolimpieza

Laura Vanessa Escobar Ramo
cc 1003494596
Cel → 3107638339
La Despensa

1372

Unión Temporal Ecolimpieza	ACTA ENTREGA DE DOTACIÓN	CÓDIGO: F-CON-01
		VERSIÓN: 01

Ciudad, x26 - julio - 2022

Trabajador: x Luz Ydanda Cañas Portilla. **Cedula:** x 1093711709.

Cargo: x Operaria Aseo **Centro de Costo:** x Secretaria de educación Soacha.

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COLOR	TALLA
1	Pantalon camisa		8
1	pantalon Camisa		8
1	Pantalon Camisa.		35.

NOTA:

- Los uniformes en general no se pueden cortar y destruir.
- El uniforme si les queda grande, mantiene a coger y, pero no cortarlo.
- En caso de pérdida o robo notificar a la empresa, y hacer el denuncio respectivo.

Por políticas debemos recoger los uniformes anteriores, por higiene y seguridad y así mismo guardar la uniformidad. Usted debe hacer entrega del uniforme anterior en las debidas condiciones:

- Botas: lavadas dentro de una bolsa trasparente, marcando la talla.
- Calzado: limpio en una bolsa transparente.
- Uniforme: lavado, en bolsa trasparente, marcando la talla.
- Gorros: lavado
- Gafas: dentro de una bolsa trasparente.
- Todo será entregado por separado y directamente a su supervisor en mando.
- Carnet: debe realizar la devolución del carnet, en caso de perdidas deberá entregar el denuncio.

El trabajador manifiesta: En caso de daño de la dotación entregada o parte de ella, el trabajador se compromete a realizar los arreglos correspondientes o el cambio total de dicha prenda y su valor será descontado de su salario.

Firma quien recibe

x Ydanda Cañas P.

C.C 1093711709.

Firma quien entrega

Viviana Quintero
Coordinadora de Compras
Unión Temporal Ecolimpieza
NIT 901.351.411-8

~~787~~
1373

Unión Temporal Ecolimpieza	ACTA ENTREGA DE DOTACIÓN	CÓDIGO: F-CON-01
		VERSIÓN: 01

Ciudad, 14-07-2022

Trabajador: Angie Velez **Cedula:** 1073716943

Cargo: aseo y cafeteria **Centro de Costo:** Secretaria de educacion Soacha

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COLOR	TALLA
1	Camisa	Azul	L
1	Pantalon	Azul	14
1	zapatos	Negro	37

NOTA:

- Los uniformes en general no se pueden cortar y destruir.
- El uniforme si les queda grande, mandarle a coger y, Pero no cortarlo.
- En caso de pérdida o robo notificar a la empresa, y hacer el denuncio respectivo.

Por políticas debemos recoger los uniformes anteriores, por higiene y seguridad y así mismo guardar la uniformidad. Usted debe hacer entrega del uniforme anterior en las debidas condiciones:

- Botas: lavadas dentro de una bolsa trasparente, marcando la talla.
- Calzado: limpio en una bolsa transparente.
- Uniforme: lavado, en bolsa trasparente, marcando la talla.
- Gorros: lavado
- Gafas: dentro de una bolsa trasparente.
- Todo será entregado por separado y directamente a su supervisor en mando.
- Carnet: debe realizar la devolución del carnet, en caso de perdidas deberá entregar el denuncio.

El trabajador manifiesta: En caso de daño de la dotación entregada o parte de ella, el trabajador se compromete a realizar los arreglos correspondientes o el cambio total de dicha prenda y su valor será descontado de su salario.

Firma quien recibe

Angie Velez

C.C 1073716943.

Firma quien entrega

Viviana Quintero
Coordinadora de Compras
Unión Temporal Ecolimpieza
NIT. 901.351.411 - 8

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

CENTRO DE COSTOS: SEO SOACHA LA UNIDAD.

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 VISUAL	COFIA	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	39676.079	Sugey Sanchez	07-07-22		X	X	X											Sugey Sanchez
2	39670687	Yadira Ardila	07-07-22		X	X	X											Yadira Ardila
3	1073668476	Yeimy Andrea pinzón	07-07-22		X	X	X											Yeimy Andrea Pinzón R.
4	1002624413	Windy Pinto	07-07-22		X	X	X											Windy Pinto
5	1012321965	Martha liliana molina	07-07-22.		X	X	X											Martha liliana molina
6	53037626	Leidy Gonzalez	07-07-22		X	X	X											Leidy Gonzalez Angel
7	52846585	Martha Gonzalez	07-07-22.		X	X	X											Martha Gonzalez
8	39676339	Flor Amaya	07-07-22		X	X	X											Flor Amaya
9	1073693205	Nelly Rozalda	07-07-22		X	X	X											Nelly R.
10	1013578773	Miriam Yorany Culma	07 07 22		X	X	X											Miriam Yorany Culma Sogamoso
11	37-834011	Soluey Vargas	07-07-22		X	X	X											Soluey Vargas
12	39671810	Gladys Sanchez	07-07-22		X	X	X											Gladys Sanchez
13	30670365	Jeronima Lopez	07-07-22		X	X	X											Jeronima Lopez
14	39656039	Maribel Torres	07.07-22		X	X	X											Maribel Torres
15			07.07-22		X	X	X											
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: _____

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

1375

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 44 # 27B- 20 ESTE	TELEFONO	3173641551 / 3176479640

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	
53892118	OSORIO SEPULVEDA SINDY ADRIANA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1024538462	LEMUS ROJAS LINA CATERINE	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
36642650	CARRERA GALBAN SANDRA MILENA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1097394837	RUBIO YULY JACKELINE	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
53891898	VELOZA CUELLAR LIDA PATRICIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20

5= 20

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

Calidad del aseoen áreas				Calidad del aseo de muebles yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar 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
Andrea Pinzón A.	52.491.378	Andrea Pinzón A.

~~140~~
1376

Gmail

Adres Segura <andressegura1005@gmail.com>

Fwd: CALIFICACION DE ITEMS JULIO

1 mensaje

Lesly Torres <leslycts2602@gmail.com>
Para: AMOR PRECIOSO <andressegura1005@gmail.com>

13 de septiembre de 2022, 12:19

---------- Forwarded message ---------
De: **Lesly Torres** <leslycts2602@gmail.com>
Date: mar., 13 de sep. de 2022, 12:03 p. m.
Subject: Re: CALIFICACION DE ITEMS JULIO
To: RECTORÍA IE LUIS CARLOS GALÁN <rector.luiscarlosgalan@alcaldiasoacha.gov.co>

Gracias, por su valiosa colaboración

El mar., 13 de sep. de 2022, 12:02 p. m., RECTORÍA IE LUIS CARLOS GALÁN <rector.luiscarlosgalan@alcaldiasoacha.gov.co> escribió:

> Cordial saludo. Me excuso porque me faltó calificar unos ítems en la certificación del mes de Julio.
>
> La calificación es:
>
> 1. Calidad de aseo de muebles y equipos: B
> 2. Uso adecuado de maquinaria y utensilios para prestar el servicio de aseo y cafetería: B
>
> Agradezco la atención brindada.
>
> Atentamente,
>
> ANDREA PINZÓN
> Rectora

1377

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 44 # 27B- 20 ESTE	TELEFONO	3173641551 / 3176479640

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
39670579	ALBA JENNY RUBIANO ARANGO	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede Casa Loma 1
33817332	SONIA CLARENA CARDOZO MONTOYA	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Principal 2
32375719	LIRIAN DEL SOCORRO HERRON ARENAS	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizó aseo en sede Los Pinos 2

1=1 dia
2=2 dias

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

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

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Karen Guerrero	1022434791	

792
1378

ARL | sura

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
C53892118	OSORIO SEPULVEDA SINDY ADRIANA	11/07/2022		32168238	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

293
1379

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

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 53892118
NOMBRES Y APELLIDOS	Osorio Sepulveda,Sindy Adriana
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	08/09/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Osorio Sepulveda,Sindy Adriana, 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 Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2014
1380

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OSORIO SEPULVEDA SINDY ADRIANA** identificado(a) con **CC** número **53.892.118** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de agosto 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 P. Merchán 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

2022071911511

~~295~~
1381

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SINDY ADRIANA OSORIO SEPULVEDA,** número de identificación **53892118**, 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

1382

ARL | sura

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
C1024538462	LEMUS ROJAS LINA KATERINE	11/07/2022		f1732472	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

ECOOPSOS
EPS

No. DE RADICACION	FECHA RADICACION (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRAMITE

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

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A) Contributivo [X] B) Subsidiado [ ]
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] 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: LEMOS	Segundo Apellido: ROJAS	Primer nombre: LUA	Segundo Nombre: CATERINE
7. Tipo documento de Identidad: CC	8. Numero de documento de Identidad: 1024538462	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	10. Fecha de Nacimiento: 7/2/08/1992

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: SURA	16. Administradora de Pensiones: PORVENIR	17. Ingreso Base de Cotización - IBC: $ 1.000.000	
18. Residencia — Dirección: Cl 73 # 49C 65 SUR	Teléfono Fijo	Teléfono Celular: 3008163656	Correo Electrónico: lemoslolas1@hotmail.com
Municipio/Distrito: SOACHA	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna: CENTRO	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 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 (D D M M A A A A)

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 (D D M M A A A A)
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

DATOS COMPLEMENTARIOS

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

	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona: 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 Institucion Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES 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)
UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPEZA	NIT	901351411-8	

39. Ubicación — Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CALLE 17 # 33-54	3152562888	aplicaciones@ecolimpeza.com	BOGOTÁ	BOGOTÁ

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de Identidad	Numero de documento de Identidad	Sexo Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de Nacimiento	42. Fecha 11/07/2012

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades publicas 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 envié información al correo electrónico o el 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.
Luna Lemus.	Unión Temporal

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] CS [ ] Cantidad: Total: [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación date 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 ola 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 radicación	69. Fecha de validación
Código Municipio	Código del Departamento	Numero de Ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre

Tipo documento de identidad	Numero documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: op. ASO

IMPRENTA TELEFAX: 282 8116

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

1384

porvenir
sólo hay uno

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:

LINA CATERINE LEMUS ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.538.462**, 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.

1385

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LINA CATERINE LEMUS ROJAS,** número de identificación **1024538462**, 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

1386

ARL | sura

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
C36642650	CARRERA GALBAN SANDRA MILENA	11/07/2022		13192382	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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980032

9008980032

No. de Radicación: 24219802

Fecha de Radicación: D 17 M 07 A 2022

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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 CARRERA | Segundo Apellido GALVAN | Primer Nombre SANDRA | Segundo Nombre MILENA

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 36642650
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 08 M 01 A 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.000.000
18. Residencia: Departamento / Municipio / Distrito / Dirección / Teléfono / Correo electrónico / Zona Urbana [ ] Rural [ ]

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D M A		
B2					D M A		
B3					D M A		
B4					D M A		
B5					D M A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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
Municipio / Distrito: DISTRITO CAPITAL
39. Ubicación: CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO
Teléfono: 6332795

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 [X] 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 pensante [ ] 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
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: D 11 M 07 A 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 o afiliados adicionales
47. Declaración de no no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de hechos de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, los afiliados o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y utilice datos y copia de la historia clínica del cotizante o afiliado de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma del cotizante o cabeza de familia o representante legal: SANDRA CARRERA
55. Huella del cotizante o cabeza de familia o representante legal: Huella Izquierda
No. de entidad, institución o de oficina que recibe la afiliación, instituciones o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CE PA SC CD
Cantidad: Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 el que conste la pérdida de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
68. Fecha de radicación: D M A
69. Fecha de validación: D M A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES:
CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES
71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

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.

INTERNET

VIGILADO Superintendencia Nacional de Salud

1388

porvenir
sólo hay uno

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:

SANDRA MILENA CARRERA GALVAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.642.650**, 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.

1389

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SANDRA MILENA CARRERA GALVAN,** número de identificación **36642650**, 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

1390

ARL | sura

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
C1097394837	RUBIO YULY JACKELINE	11/07/2022		230A5925	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

1391

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

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 1097394837
NOMBRES Y APELLIDOS	Rubio Lopez,Yuly Jackeline
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	13/11/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rubio Lopez,Yuly Jackeline, 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 Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

1392

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YULY JACKELINE RUBIO LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1097394837,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2016** 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.

1393

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **YULY JACKELINE RUBIO LOPEZ,** número de identificación **1097394837**, 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

1394

ARL | sura

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
C53891898	VELOZA CUELLAR LIDA PATRICIA	11/07/2022		145VJk23	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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980035

9008980035

No. de Radicación: 24219806

Fecha de Radicación: D 17 M 07 A 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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 VELOZA | Segundo Apellido CUELLAR | Primer Nombre LIDA | Segundo Nombre PATRICIA

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 53891898
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 04 M 06 A 1983

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo / Condición
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: País / Departamento / Ciudad / Municipio / Dirección / Zona Urbana [ ] Rural [ ] / Teléfono fijo / Teléfono celular / Correo electrónico

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D M M A A A A		
B2					D M M A A A A		
B3					D M M A A A A		
B4					D M M A A A A		
B5					D M M A A A A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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: NIT
37. Número del documento de identificación: 901351411
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): BOGOTA / DISTRITO CAPITAL
39. Ubicación: CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO — 6332795

E. 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 pensiones para cotizar [X] 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 desempleado [ ] 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
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: D 11 M 07 A 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 o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, los afiliados o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo dispuesto 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

Lida Veloza — Firma del Cotizante o Cabeza de Familia

Unión Temporal — Firma del Representante Legal de la Entidad Afiliadora Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CE PA SE CD NE — Cantidad: — Total:
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la Escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 el que conste la calidad de Pensionado o la orden de afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código de municipio / Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
68. Fecha de radicación: D M M A A A A
69. Fecha de validación: D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES
71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

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.

INTERNET

VIGILADO SUPERSALUD

1395

1396

porvenir
sólo hay uno

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:

LIDA PATRICIA VELOZA CUELLAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.891.898**, 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) **LIDA PATRICIA VELOZA CUELLAR,** número de identificación **53891898**, 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: SED SOACHA LUIS CARLOS GALAN.

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	TAPABOCÁS	PROTECTOR AUDITIVO	COFIA	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	1097394837	Yuly Jackeline Rubio	07-07-22		x	x	x											Yuly Rubio
2	53892518	Cindy Osorio	07 07.22		x	x	x											Cindy Osorio
3	36642650	Sandra Carrera G	07-07-22		x	x	x											Sandra Hilena Carrera Golvan
4	1024538462	Lina Catalina Lemus	07 07 22		x	x	x											Lina Lemus
5	39668610	Gladys Rocio Martinez M.	07 07 22		X	x	X											Gladys Rocio Martinez Mayorga.
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: _____

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

8

5 201 314 1399

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	TRASVERSAL 9 ESTE # 45ª - 80	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	
32375719	LIRIAN DEL SOCORRO HERRON ARENAS	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
52447598	LUZ MAYERLY CAMARGO MORENO	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
39664733	TERESA DE JESUS TORRES RIOS	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
65699634	DERLY ESPERANZA URUENA CARVAJA	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
59671498	TIRSA ISABEL CORTES CORTES	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
55165180	MARIA CECILIA SANCHEZ IZASA	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
39671810	GLADYS STELLA SANCHEZ BELTRAN	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1

7= 1 día

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

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Gerardo Rodrigo Niño	19495154	

~~815~~
1400

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	TRASVERSAL 9 ESTE # 45ª - 80	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	
32375719	LIRIAN DEL SOCORRO HERRON ARENAS	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
52447598	LUZ MAYERLY CAMARGO MORENO	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
39664733	TERESA DE JESUS TORRES RIOS	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
65699634	DERLY ESPERANZA URUENA CARVAJA	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
59671498	TIRSA ISABEL CORTES CORTES	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
55165180	MARIA CECILIA SANCHEZ IZASA	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1
39671810	GLADYS STELLA SANCHEZ BELTRAN	6 Julio 2022	6 Julio 2022	Brigada de aseo	1

7=1dia

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 yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar el servicio de aseo y cafetería				Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería				Uso adecuado de la dotación y presentación personal de las gestoras y gestores			
E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D
	X				X				X				X				X				X		

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Jenny Patricia Sanchez	52998301	

~~316~~
1401

Unión Temporal
Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA JULIO CESAR TURBAY AYALA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	TRASVERSAL 9 ESTE # 45ª - 80	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	
79272475	OVIEDO RODRIGUEZ OCTAVIO	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1000512404	ALVIS ASCENCIO JESSICA ALEJANDRA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1013628986	BRAVO MARROQUIN JULIETH ALEJANDRA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1024559413	RODRIGUEZ MARTINEZ PAULA ALEJANDRA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1010183606	PANTOJA ESPINOSA MARIBEL ESTEFANIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
20390288	CELIS PRIETO DORA LIGIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
39663192	RUIZ FORERO MARIA TERESA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	Incapacidad 2 días	18
35527702	GARCIA RIAÑO SARA ALICIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1073704102	TRIJILLO VILLALOBOS JESICA ALEJANDRA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	Licencia por calamidad de luto 5 días	15
52445584	MUÑOZ GONZALEZ NORMA LILIANA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
50902243	CASTRILLON ARROYO ROMINA KATHERINE	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
59671731	ANGULO TORRES LUZ ESTELLA	21 Julio 2022	28 Julio 2022	Cubrió licencia por calamidad de luto de Jesica Trujillo, e incapacidad de Teresa Ruiz	8

9=20 1=18
1=15
1=8

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 yequipos				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
Gerardo Rodriguez N.V.C	19.445.154	

~~817~~
1402

ARL | sura

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
C79272475	OVIEDO RODRIGUEZ OCTAVIO	05/07/2022		62218207	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

~~815~~ 1403

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008568595	1|2|0|7|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐
B. Colectiva ☐

3.Regimen
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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
OVIEDO (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	OCTAVIO (Primer nombre)	Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	79272475	Femenino ☐ Masculino ☒	0|3|0|6|1|9|6|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1000000

18.Residencia			
CR 2B 25B 06 (Dirección)	Telefono fijo	3118242738 (Telefono celular)	NELSONOVIEDO84@GMAIL.COM (Correo electronico)
BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

	24. Apellidos y nombres			
	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	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			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						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo 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 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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación				
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 (Dirección)	7000470 (Teleéfono)	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		0|5|0|7|2|0|2|2

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Octavio Ouiedo	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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

~~820~~
1404

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OCTAVIO OVIEDO RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 79.272.475, 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 C.

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

~~821~~
1405

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **OCTAVIO OVIEDO RODRIGUEZ,** número de identificación **79272475**, 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

~~877~~
1406

ARL | sura

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
C1000512404	ALVIS ASCENCIO JESSICA ALEJANDRA	11/07/2022		23947EZ1	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

1407

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008601279	1|9|0|7|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
ALVIS (Primer apellido)	ASCENCIO (Segundo apellido)	JESSICA (Primer nombre)	ALEJANDRA (Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1000512404	Femenino ☒ Masculino ☐	1|6|0|7|1|9|9|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1000000

18.Residencia			
CR 1 60 57 — Dirección	Telefono fijo	3213012558 — Telefono celular	ALVISALEJANDRA1997@GMAIL.COM — Correo electronico
BOGOTA — Municipio/Distrito	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA — Departamento

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Numero documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

	24. Apellidos y nombres			
	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	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad — Tipo			Condición	
			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						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación				
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 — Dirección	7000470 — Teleéfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM — Correo electrónico	BOGOTA — Municipio/distrito	BOGOTA — Departamento

No de Radicacion
4008601279

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		1|1|0|7|2|0|2|2

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Alejandra Alvarez	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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

375
1408

porvenir
sólo hay uno

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:

JESSICA ALEJANDRA ALVIS ASCENCIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.512.404**, 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.

~~976~~
1409

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JESSICA ALEJANDRA ALVIS ASCENCIO,** número de identificación **1000512404**, 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

141D

ARL | sura

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
C1013628986	BRAVO MARROQUIN JULIETH ALEJANDRA	11/07/2022		21215213	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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980034

9008980034

No. de Radicación: 24219805

Fecha de Radicación: D 17 M 07 A 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X]; 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: BRAVO; Segundo Apellido: MARROQUIN; Primer Nombre: JULIETH; Segundo Nombre: ALEJANDRA
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1013628986
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 09 M 12 A 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
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: Dirección; Zona: Urbana [ ] Rural [ ]; Teléfono fijo; Teléfono celular; Departamento; Ciudad / Municipio; Correo electrónico

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

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

C
B
B
B

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL 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; Municipio / Distrito: DISTRITO CAPITAL; Departamento
39. Ubicación: CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO; Código municipio: 6332795

VI. 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 [X] 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 desempleado [ ] 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
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: D 11 M 07 A 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no afiliación de aliunde 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 afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicio de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con la 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 mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Julieth Bravo

Firma del cotizante o cabeza de familia

Firma del afiliado adicional, beneficiario o de oficio

IX. ANEXOS

54. Anexo copia del documento de identidad: RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total:
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la Escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 pérdida de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha de radicación: D M A
69. Fecha de validación: D M A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES
71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

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.

INTERNET

VIGILADO Supersalud

1411

1412

porvenir
sólo hay uno

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:

JULIETH ALEJANDRA BRAVO MARROQUIN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.013.628.986**, 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.

~~830~~
1413

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JULIETH ALEJANDRA BRAVO MARROQUIN,** número de identificación **1013628986**, 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

ARL | sura

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
C1024559413	RODRIGUEZ MARTINEZ PAULA ALEJANDRA	11/07/2022		Q1371832	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

~~832~~ 1415

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades. [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Afiliación: A. Dependiente [X] 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: RODRIGUEZ · Segundo apellido: MARTINEZ · Primer nombre: PAOLA · Segundo nombre: ALEJANDRA
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1024559413
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14.
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de Pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1'000.000
18. Residencia: Dirección · Teléfono fijo · Teléfono celular: 3201083102 · Correo electrónico
Municipio/Distrito: SOACHA · Zona: Urbana [X] Rural [ ] · Localidad/Comuna: CENTRO · Departamento: CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido · Segundo apellido · Primer nombre · Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

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

Datos complementarios.

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Filo y/o celular	33. Valor de la UPC el afiliado adicion (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
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: 3152570000 · Correo electrónico: afiliacionesutecolimpieza@ecoserviu.com · Municipio/Distrito: BOGOTA · Departamento: BOGOTA

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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 afilia dos adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación la bocel 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: [X] 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 LANOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de Identid:	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha 11 04 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 beneficios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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 ente 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

Paola Rodriguez	Unión Temporal Empleo
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 date 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 LAENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Op. ASEO

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

~~874~~
1416.

porvenir
sólo hay uno

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:

PAULA ALEJANDRA RODRIGUEZ MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.559.413**, 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.

1417

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **PAULA ALEJANDRA RODRIGUEZ MARTINEZ,** número de identificación **1024559413**, 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

836
1418

ARL | sura

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
C1010183606	PANTOJA ESPINOSA MARIBEL ESTEFANIA	11/07/2022		163249k4	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

837
1419

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARIBEL ESTEFANIA PANTOJA ESPINOZA identificado(a) con cedula ciudadania 1010183606, 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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 19422697

838
1420

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PANTOJA ESPINOZA MARIBEL ESTEFANIA** identificado(a) con **CC** número **1.010.183.606** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 07 de septiembre de 2007 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 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

2022071911370

~~839~~
1421

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIBEL ESTEFANIA PANTOJA ESPINOZA,** número de identificación **1010183606**, 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

~~310~~
1422

ARL | sura

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
C20390288	CELIS PRIETO DORA LIGIA	11/07/2022		24123222	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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

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 20390288
NOMBRES Y APELLIDOS	Celis Prieto,Dora Ligia
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gomez ,Gustavo , 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 Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

~~342~~
1424

porvenir
sólo hay uno

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:

DORA LIGIA CELIS PRIETO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **20.390.288,** se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

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

119

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

~~843~~
1425

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DORA LIGIA CELIS PRIETO,** número de identificación **20390288**, 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

1426

ARL | sura

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
C39663192	RUIZ FORERO MARIA TERESA	11/07/2022		9199166B	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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980040

9008980040

No. de Radicación: 24219812

Fecha de Radicación: D 17 M 07 A 2022

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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 RUIZ | Segundo Apellido FORERO | Primer Nombre MARIA | Segundo Nombre TERESA

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 39663192

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: D 25 M 09 A 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

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: Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | Departamento | Municipio / Distrito | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | 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: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

23. Fecha de nacimiento: D M A

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

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

Datos complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1					D M A		
B2					D M A		
B3					D M A		
B4					D M A		
B5					D M A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA

36. Tipo de documento de identificación: NT

37. Número del documento de identificación: 901351411

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): BOGOTA | DISTRITO CAPITAL

39. Ubicación: CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO | 6332795 | Dirección | Municipio / Distrito | Departamento

S. 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 [X] 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 prestación al usuario [ ] 17. Reporte de la salida de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la salida 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 | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad: D 11 M 07 A 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no afiliación de aliados al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS utilice y almacene datos y copia de la historia clínica del cotizante, cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

MARIA RUIZ

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma del funcionario o delegado de la entidad administradora de planes de beneficios o de la entidad administradora de los planes de beneficios de salud

IX. ANEXOS

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

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

67. Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de radicación: D M A

69. Fecha de validación: D M A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad

OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

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.

INTERNET

09/2014

845

142

1428

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA TERESA RUIZ FORERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39663192,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2009** 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.

~~847~~
1429

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIA TERESA RUIZ FORERO**, número de identificación **39663192**, 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

ARL | sura

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
C35527702	GARCIA RIAÃO SARA ALICIA	11/07/2022		w21795X2	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

~~849~~
1431

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008601298	1|9|0|7|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. Colectiva ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
GARCIA (Primer apellido)	RIAÑO (Segundo apellido)	SARA (Primer nombre)	ALICIA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	35527702	Femenino ☒ Masculino ☐	0|4|0|3|1|9|7|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

s personales

nia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1000000

18.Residencia			
CR 1B 26 17 Dirección	Telefono fijo	3005987318 Telefono celular	SARAALICIAGARCIAQ@GMAIL.COM Correo electronico
SOACHA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA Departamento

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Numero documento 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			
	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	Masculino	
B1					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			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						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo 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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación				
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470 Teleéfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

950

No de Radicacion
4008601298

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		1|1|0|7|2|0|2|2

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico 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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

~~851~~
1432

porvenir
sólo hay uno

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:

SARA ALICIA GARCIA RIAÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **35.527.702**, 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 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.*

~~852~~
1433

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SARA ALICIA GARCIA RIAÑO,** número de identificación **35527702**, 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

~~853~~
1434

ARL | sura

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
C1073704102	TRIJILLO VILLALOBOS JESICA ALEJANDRA	11/07/2022		14425121	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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980046

9008980046

No. de Radicación: 24219820

Fecha de Radicación: 17 07 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X]; 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 TRUJILLO | Segundo Apellido VILLALOBOS | Primer Nombre JESICA | Segundo Nombre ALEJANDRA

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1073704102
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 08 M 08 A 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Afiliado a Riesgos Laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA
16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.000.000
18. Residencia: Departamento | Municipio / Distrito | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Barrio | Dirección residencia | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
D		
B1		

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. Ubicación: CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO | 6332795 | Municipio / Distrito: DISTRITO CAPITAL | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección 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 [X] 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 cambio de protección al pensionado [ ] 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
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: D 11 M 07 A 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 o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genera de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la 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

JESSICA TRUJILLO

Unión Temporal

Firma del cotizante, beneficiario o afiliado adicional, representante o de oficio

IX. ANEXOS

54. 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 declara la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 jurada 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 la 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

OBSERVACIONES:
CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

71. Firma del funcionario

VIGILADO SUPERSALUD

Cambio Empleo

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.

INTERNET

~~254~~ 1435

129

~~855~~
1436

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JESICA ALEJANDRA TRUJILLO VILLALOBOS identificado(a) con C.C No. 1.073.704.102, 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.

129

Carolina Galvis C.

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

~~856~~
1437

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JESICA ALEJANDRA TRUJILLO VILLALOBOS,** número de identificación **1073704102**, 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

1438

ARL | sura

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
C52445584	MUÃOZ GONZALEZ NORMA LILIANA	11/07/2022		201I2414	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

~~858~~
1439

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos
Primer apellido: MUÑOZ | Segundo apellido: GONZALEZ | Primer nombre: NORMA | Segundo nombre: LILIANA
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 52445584
9. Sexo: Femenino [✓] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 11/11/1978

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales
11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo [F | N | M] Condición [T | P]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
16. Administradora de Pensiones: PROVENIR
17. Ingresos base de cotización - IBC: 1.000.000
18. Residencia
Dirección: CRA 23 ESTE #44 B39 | Teléfono: 3054097552 | Correo electrónico: normamunoz485@gmail.com
Municipio/Distrito: SOACHA | Zona: Urbana [✓] Rural [ ] | Localidad/Comuna: CENTRO | 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 completos
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad
21. Número de 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número 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 Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

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

C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901351411
38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación — Dirección: CALLE 17 # 33-54 | Teléfono: 3152579888 | Correo electrónico: AUXRHUTECOLIMPIEZA@GMAIL.COM | Municipio/Distrito: BOGOTA | Departamento: BOGOTA

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad
  - [x] 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	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				1/10/2012

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

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
NORMA MUÑOZ	Unión Temporal EMPLEOZA 901.354.411 - 6 RECURSOS HUMANOS

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del 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: OP - HSEO

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.

~~260~~
1440

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NORMA LILIANA MUÑOZ GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.445.584**, 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.

861
1441

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **NORMA LILIANA MUÑOZ GONZALEZ,** número de identificación **52445584**, 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

~~867~~
1442

ARL | sura

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
C50902243	CASTRILLON ARROYO ROMINA KATHERINE	11/07/2022		9W292262	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

~~863~~ 1443

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades. [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Afiliación: A. Dependiente [X] 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: CASTRILLON | Segundo apellido: ARROYO | Primer nombre: DONINA | Segundo nombre: KATHERINE

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 50902243

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: 18 04 1972

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBEN

14.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1'000.000

18. Residencia: Dirección: CL 10 3C14 | Teléfono fijo: | Teléfono celular: 3137982111 | Correo electrónico: kcastrillon18@gmail.com

Municipio/Distrito: SOACHA | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad/Comuna: SOACHA | Departamento: CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios.

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Filo y/o celular	33. Valor de la UPC el afiliado adicion (a registrar por la EPS)
B1		[ ]	[ ]			
B2		[ ]	[ ]			
B3		[ ]	[ ]			
B4		[ ]	[ ]			
B5		[ ]	[ ]			

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA

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: 3152570000 | Correo electrónico: calidad@ecoseguro.com | Municipio/Distrito: BOGOTA | Departamento: BOGOTA

864

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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 afilia dos adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación la bocel 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: [X] 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 LANOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de Identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha
				11 04 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 beneficios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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 ente 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

ROMINA · CASTRILLON ·
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

Unión Temporal
NIT 901.351.411 - 0
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 date 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 LAENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Op. ASEO.

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

~~865~~
1444

porvenir
sólo hay uno

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:

ROMINA KATHERINE CASTRILLON ARROYO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **50.902.243**, 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 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.*

~~866~~
1445

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ROMINA KATHERINE CASTRILLON ARROYO,** número de identificación **50902243**, 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 PROTECCION PERSONAL	Unión Temporal Ecoalmpieza
10-06-2020		

CENTRO DE COSTOS: JED BOSCHA JULIO CESAR

Por consiguiente, el cargo suscriptor/ejecutor de contrato laboral, los elementos de protección personal mínimos y específicos del cargo, según lo establecido en el contrato de seguridad y salud en el trabajo, ejecutan las actividades de la Seguridad Física, psicológica y social. Declara que no existe información oculta de una enfermedad de los trabajadores.

Por consiguiente del uso y cuidado de los EPP dentro del centro de trabajo tomando en cuenta personas o Responsables. El uso de los componentes poseerá autorizado en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo como medida de verificación y seguimiento del cumplimiento de los deberes y derechos con el fin de la empresa UNIÓN TEMPORAL ECOLIMPIEZA.

El siguiente documento actúa para los elementos de protección personal entregados.

Nº	CEDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE ENTREGA	GUANTE AMARILLO	GUANTE NEGRO	GUANTE ROJO	TAPABOCAS	PROTECTOR FACIAL	GAFAS	SUPERIOR	DELANTAL	CAPA	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	FIRMA
1	20890288	Dora Digna Celis P	07-07-22		x	x	x											Dora Celis P.
2	55901898	Lido Patricia Ustaro	07-07-22		x	x	x											Lido Ustaro
3	[illegible]	[illegible]	07-07-22		x	x	x											[illegible]
4	[illegible]486	Julieth Bravo	07-07-22		x	x	x											Julieth Bravo
5	52 010 199	Antonia Ramirez	07-07-22		x	x	x											[illegible]
6	[illegible]2004	Alcindo Alvis	07-07-22		x	x	x											Alcindo Alvis
7	[illegible]5594713	Regina Rodriguez	07-07-22		x	x	x											Regina Rodriguez
8	53009486	Andrea Zapata	07-07/22		x	x	x											[illegible]
9	52[illegible]5Ba	Liliana Muñoz	07-07-22		x	x	x											Liliana Muñoz
10	7927243	Octavio Oviedo	07-07-22		x	x	x											Octavio Oviedo
11	1037704402	Jessica Trujillo	07-07-22		x	x	x											Jessica Trujillo
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: [illegible]

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Flores Jaimes

~~868~~
1447

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KRA 33B ESTE CALLE 38AV	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	
32375719	HERRON ARENAS LIRIAN DEL SOCORRO	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
39665183	GALINDO JIMENEZ BLANCA VIRGINIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1024463140	JIMENEZ LOPEZ DIANA JULIETH	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
53892307	DIAZ MORENO YULY	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1007657906	USAQUEN CASTIBLANCO KAREN LISETH	11 Julio 2022	31 Julio 2022	Incapacidad 1 día, 18 de julio	19
1012318760	BENITEZ COLMENARES DIANA MARIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
24727858	GALLEGO GLORIA CLEMENCIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
59100929	GAITAN CINDY LORENA	11 Julio 2022	11 Julio 2022	Reforzó brigada de aseo	1
102076090	GONZALEZ CASTIBLANCO YAMILE ANDREA	11 Julio 2022	11 Julio 2022	Reforzó brigada de aseo	1

6=20
1=19
2=1 dia

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 yequipos				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
Héli Bahamón B.	93201940	

~~869~~
1448

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA CIUDADELA SUCRE	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	KRA 33B ESTE CALLE 38AV	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	
79272475	OCTAVIO OVIEDO RODRIGUEZ	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizó brigada aseo en sede La Isla	1
33817332	SONIA CLARENA CARDOZO MONTOYA	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizó brigada aseo en sede La Isla	1
1019006906	LUZ CEDID SATRE ORTIZ	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizó aseo en sede El Progreso	2
39671810	GLADYS STELLA SANCHEZ BELTRAN	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizó aseo en sede Principal	2

2= 1 día
2= 2 días

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

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

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMIISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
María Teresa Rodriguez G.	20.941.031	María Teresa Rodríguez G.

ARL | sura

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
C32375719	HERRON ARENAS LIRIAN DEL SOCORRO	05/07/2022		P24723O2	DEPENDIENTE

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aqui 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

130

871
1450

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
en los de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE (Leer las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliacion: A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [X]; Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Codigo (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
HERRON	ARENAS	LIRIAN	DEL SOCORRO

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 32375719
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 22 06 1982

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: SURA
16. Administradora de Pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.000.000

18. Residencia
Dirección: CALLE 25 # 31 12 G
Teléfono Fijo:
Teléfono celular: 3212873910
Correo electrónico: lirianherron1982@gmail.com
Municipio/Distrito: SOACHA
Zona: Urbana [X] Rural [ ]
Localidad/Comuna: CIUDADELA SUCRE
Departamento: CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido / Segundo apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos complementarios

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

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

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901351411-8
38. Tipo de aportante o pagador pensionado (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección: CALLE 17 # 33-54
Teléfono: 3152579888
Correo electrónico: afiliacionesrhutecolimpieza@ecoservir.com
Municipio/Distrito: BOGOTA
Departamento: BOGOTA

~~872~~
1451

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.
- [X] 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: [X] 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	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	0 5 0 7 2 0 2 2

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

LIRIAN HERRON

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

Unión Temporal Recimpleos
Nit. 901130[illegible]
RECURSOS HUMANOS

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		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

873
1452

porvenir
sólo hay uno

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:

LIRIAN DEL SOCORRO HERRON ARENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.375.719**, 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.

~~874~~
1453

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LIRIAN DEL SOCORRO HERRON ARENAS,** número de identificación **32375719**, 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

~~875~~
1454

ARL | sura

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
C39665183	GALINDO JIMENEZ BLANCA VIRGINIA	11/07/2022		u157136R	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

876
1455

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9008980038
9008980038

No. de Radicación: 24219809
Fecha de Radicación: 17 07 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X]; 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: GALINDO; Segundo Apellido: JIMENEZ; Primer Nombre: BLANCA; Segundo Nombre: VIRGINIA
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 39665183
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 10 M 02 A 1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo / Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.000.000
18. Residencia: Dirección; Teléfono fijo; Teléfono celular; Zona: Urbana [ ] Rural [ ]; Departamento; Municipio / Distrito; Localidad / Comuna; Correo electrónico; Datos adicionales

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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: NIT
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
Número telefónico: 6332795
Municipio / Distrito: BOGOTA
Departamento: DISTRITO CAPITAL

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 [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: 11 07 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 o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de aportar 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 afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y suministre datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo dispuesto 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.

Unión Temporal

VIII. FIRMAS

BLANCA GALINDO.

Firma del empleador, sindicato o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexe copia del documento de identidad: CN RC TI CE PA SC CD SE
Cantidad:
Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la Escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 la ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación

VIGILADO SUPERSALUD

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES:
CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES
71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

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.

INTERNET

123

~~877~~
1456

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BLANCA VIRGINIA GALINDO JIMENEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39665183,** se encuentra afiliado/a desde **01/02/1995** 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

~~878~~
1457

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **BLANCA VIRGINIA GALINDO JIMENEZ,** número de identificación **39665183**, 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

~~879~~
1458

ARL | sura

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
C1024463140	JIMENEZ LOPEZ DIANA JULIETH	11/07/2022		253M6173	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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980044

9008980044

No. de Radicación: 24219817

Fecha de Radicación: 17 07 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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: JIMENEZ | Segundo Apellido: LOPEZ | Primer Nombre: DIANA | Segundo Nombre: JULIETH

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1024463140
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 21 C M 04 A 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
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: País | Departamento | Ciudad / Municipio | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Barrio / Vereda | Dirección de residencia | Teléfono fijo | Teléfono 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: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D M A

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

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

Datos complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1					D M A		
B2					D M A		
B3					D M A		
B4					D M A		
B5					D M A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL 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 | Número telefónico: 6332795 | Municipio / Distrito: BOGOTA | Departamento: DISTRITO CAPITAL

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 [X] 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 pensionado [ ] 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 | Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: D 11 C M 07 A 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no afiliación de afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de factores de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS suministre y almacene datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular aportados mediante el trámite.

Unión Temporal

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cónyuge o compañero(a) permanente: DIANA JIMENEZ

Sello de la entidad, identificación o firma del afiliado colectivo institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CE PA CE CD SC Cantidad: Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que consta 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 ordena la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación: D M A
69. Fecha de validación: D M A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad
OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES
71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

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.

INTERNET

~~081~~
1460

porvenir
sólo hay uno

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 JULIETH JIMENEZ LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.463.140**, 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.

1461

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DIANA JULIETH JIMENEZ LOPEZ,** número de identificación **1024463140**, 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

1462

ARL | sura

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
C53892307	DIAZ MORENO YULY	11/07/2022		23913922	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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

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 53892307
NOMBRES Y APELLIDOS	Diaz Moreno,July
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Diaz Moreno,July , 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 Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

885
1464

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DIAZ MORENO JULY** identificado(a) con **CC** número **53.892.307** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2020 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
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

2022071911505

~~886~~
1465

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **JULY DIAZ MORENO,** número de identificación **53892307**, 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

~~287~~
1466

ARL | sura

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
C1007657906	USAQUEN CASTIBLANCO KAREN LISETH	11/07/2022		15399621	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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980042

9008980042

No. de Radicación: 24219815

Fecha de Radicación: 17 07 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectivo [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X]; B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Cabeza de familia [ ]; C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X]; B. Independiente [ ]; C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: USAQUEN; Segundo Apellido: CASTIBLANCO; Primer Nombre: KAREN; Segundo Nombre: LIZETH
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1007657906
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 29 03 2000

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
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: Dirección; Teléfono fijo; Teléfono celular; Zona: Urbana [ ] Rural [ ]; Departamento; Ciudad / Municipio; Localidad / Comuna; Barrio / Vereda

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

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
36. Tipo de documento de identificación: NIT
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; Dirección; 6332795; Municipio / Distrito: BOGOTA; Departamento: DISTRITO CAPITAL

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 [X] 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 desempleado [ ] 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
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: 11 07 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 o afiliados adicionales
47. Declaración de la no afiliación de afiliados al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de factores de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos, y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

KAREN USAQUEN

Firma del Cotizante o Cabeza de Familia

Firma del representante legal de la Entidad Colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CE PA CD CO SC Cantidad: Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la Escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 la autoridad competente en la que conste la calidad de beneficiario o la orden de afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES: CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES
71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

Cambio Empleo

Repuesta 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.

INTERNET

888

1467

125

1468

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **USAQUEN CASTIBLANCO KAREN LIZETH** identificado(a) con **CC** número **1.007.657.906** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 13 de julio de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

125

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

Cordialmente,

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

2022071911332

~~890~~
1469

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **KAREN LIZETH USAQUEN CASTIBLANCO,** número de identificación **1007657906**, 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

~~891~~
1470

ARL | sura

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
C1012318760	BENITEZ COLMENARES DIANA MARIA	11/07/2022		H1692201	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

~~872~~
1471

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DIANA MARIA BENITEZ COLMENARES identificado(a) con cedula ciudadania 1012318760, 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 multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Portal corporativo Compensar EPS
CER-AFI 19422710

~~873~~
1472

porvenir
sólo hay uno

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 MARIA BENITEZ COLMENARES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.318.760**, 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.

~~874~~
1473

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DIANA MARIA BENITEZ COLMENARES,** número de identificación **1012318760**, 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

~~845~~
1474

ARL | sura

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
C24727858	GALLEGO RAMIREZ GLORIA CLEMENCIA	11/07/2022		x151Â³250	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

~~876~~
1475

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

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 24727858
NOMBRES Y APELLIDOS	Gallego Ramirez,Gloria Clemencia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gallego Ramirez,Gloria Clemencia, 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 Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

~~817~~
1476

porvenir
sólo hay uno

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:

GLORIA CLEMENCIA GALLEGO RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **24.727.858**, 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.*

~~898~~
1477

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **GLORIA CLEMENCIA GALLEGO RAMIREZ,** número de identificación **24727858**, 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

aportes en línea

Planilla Resumen

1478

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901351411	8	UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	A - 200 O MAS COTIZANTES	RAMA JUDICIAL BOGOTA	CRA 25 40 65 SOTOMAYOR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6332795	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-09	30258410	9439746279	E	2022/09/05	2022/09/05	BANCOLOMBIA	0	$99.040.000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: RAMA JUDICIAL BOGOTA (405 Afiliados)																						###########	$63.302.100			$395.733.454	$15.812.300			###########	$15.619.400			$395.733.454		$4.306.200		$0	$0		$99.040.000
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (405 Afiliados)																						###########	$63.302.100			$395.733.454	$15.812.300			###########	$15.619.400			$395.733.454		$4.306.200		$0	$0		$99.040.000
Ciudad: AGUA DE DIOS Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000		$10.500		$0	$0		$250.500
1	CC	63478851	NAVARRO NORMA																		25-14	30	$1.000.000	$160.000	EPS017	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
Ciudad: ANAPOIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000		$10.500		$0	$0		$250.500
2	CC	1104697704	MESA ADRIANA																		230301	30	$1.000.000	$160.000	EPS017	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
Ciudad: ANOLAIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000		$10.500		$0	$0		$250.500
3	CC	20370176	ORTIGOZA CLAUDIA																		25-14	30	$1.000.000	$160.000	EPS017	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
Ciudad: APULO Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000		$10.500		$0	$0		$250.500
4	CC	21017704	ROA LILIA																		231001	30	$1.000.000	$160.000	EPSC22	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
Ciudad: ARBELAEZ Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000		$10.500		$0	$0		$250.500
5	CC	20392098	QUIJANO AURA																		230201	30	$1.000.000	$160.000	EPS037	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
Ciudad: BITUIMA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000	$40.000			$1.000.000		$10.500		$0	$0		$250.500
6	CC	20398494	CAMELO LIBIA																		230201	30	$1.000.000	$160.000	EPS037	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (295 Afiliados)																						###########	$46.009.100			$287.633.445	$11.491.500			###########	$11.326.700			$287.633.445		$3.182.700		$0	$0		$72.010.000
7	CC	35509906	ACOSTA CLEOTILDE																		25-14	30	$1.000.000	$160.000	EPS005	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
8	CC	1010172968	ACOSTA JHOANA	X																	230301	21	$700.000	$112.000	EPS017	21	$700.000	$28.000	CCF21	21	$700.000	$28.000	14-11	21	$700.000	1,044%	$7.400	21	$0	$0	Si	$175.400
9	CC	39759371	AGRAY AMANDA																		230301	30	$1.000.000	$160.000	EPS017	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
10	CC	1023860569	AGUIRRE DIANA																		230201	30	$1.000.000	$160.000	EPS002	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
11	CC	20445292	ALARCON RUBIELA																		25-14	30	$1.000.000	$160.000	EPS017	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	0,522%	$5.300	30	$0	$0	Si	$245.300
12	CC	1023946518	FIGUEREDO KAREN																		230201	30	$1.000.000	$160.000	EPS017	30	$1.000.000	$40.000	CCF21	30	$1.000.000	$40.000	14-11	30	$1.000.000	1,044%	$10.500	30	$0	$0	Si	$250.500
13	CC	52531315	FONSECA YASMIN											X							25-14	1	$33.334	$5.400	EPS005	1	$33.334	$1.400	CCF21	1	$0	$0	14-11	1	$33.334	0,000%	$0	1	$0	$0	Si	$6.800
14	CC	52531315	FONSECA YASMIN											X							25-14	1	$33.334	$5.400	EPS005	1	$33.334	$1.400	CCF21	1	$0	$0	14-11	1	$33.334	0,000%	$0	1	$0	$0	Si	$6.800
15	CC	52531315	FONSECA YASMIN																		25-14	28	$933.334	$149.400	EPS005	28	$933.334	$37.400	CCF21	28	$933.333	$37.400	14-11	28	$933.334	1,044%	$9.800	28	$0	$0	Si	$234.000
16	CC	53100926	GAITAN CINDY													L					230301	1	$33.334	$5.400	EPS037	1	$33.334	$1.400	CCF21	1	$33.333	$1.400	14-11	1	$33.334	0,000%	$0	1	$0	$0	Si	$8.200
17	CC	53100926	GAITAN CINDY																		230301	29	$966.667	$154.700	EPS037	29	$966.667	$38.700	CCF21	29	$966.667	$38.700	14-11	29	$966.667	1,044%	$10.100	29	$0	$0	Si	$242.200
18	CC	1023871962	GAITAN LEIDI										X								230201	1	$33.334	$4.100	EPS010	1	$33.334	$0	CCF21	1	$0	$0	14-11	1	$33.334	0,000%	$0	1	$0	$0	Si	$4.100
19	CC	1020764090	GONZALEZ YAMILE											X							230301	2	$66.667	$10.700	EPS002	2	$66.667	$2.700	CCF21	2	$0	$0	14-11	2	$66.667	0,000%	$0	2	$0	$0	Si	$13.400
20	CC	1020764090	GONZALEZ YAMILE																		230301	28	$933.334	$149.400	EPS002	28	$933.334	$37.400	CCF21	28	$933.333	$37.400	14-11	28	$933.334	1,044%	$9.800	28	$0	$0	Si	$234.000
Total			**Afiliados(405)**																				$395.733.454	$63.302.100			$395.733.454	$15.812.300			$390.251.381	$15.619.400			$395.733.454		$4.306.200		$0	$0		$99.040.000

2022/09/09 04:46 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901351411	8	UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	A - 200 O MAS COTIZANTES	RAMA JUDICIAL BOGOTA	CRA 25 40 65 SOTOMAYOR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6332795	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-09	30258410	9439746279	E	2022/09/05	2022/09/05	BANCOLOMBIA	0	$99.040.000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				405	$63.302.100	$0	$0	$63.302.100
COLFONDOS	231001	800.227.940	6	26	$4.158.400	$0	$0	$4.158.400
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	142	$22.301.800	$0	$0	$22.301.800
PORVENIR	230301	800.224.808	8	137	$21.183.900	$0	$0	$21.183.900
PROTECCION	230201	800.229.739	0	100	$15.658.000	$0	$0	$15.658.000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				405	$4.306.200	$0	$0	$4.306.200
ARL SURA	14-11	890.903.790	5	405	$4.306.200	$0	$0	$4.306.200
CCF (ADMINISTRADORAS: 2)				405	$15.619.400	$0	$0	$15.619.400
CAFAM	CCF21	860.013.570	3	404	$15.602.000	$0	$0	$15.602.000
COMFAMA	CCF04	890.900.841	9	1	$17.400	$0	$0	$17.400
EPS (ADMINISTRADORAS: 11)				405	$15.812.300	$0	$0	$15.812.300
CAPITAL SALUD	EPSC34	900.298.372	9	5	$161.500	$0	$0	$161.500
COMPENSAR	EPS008	860.066.942	7	34	$1.330.600	$0	$0	$1.330.600
CONVIDA	EPSC22	899.999.107	9	19	$729.500	$0	$0	$729.500
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900.226.715	3	1	$1.400	$0	$0	$1.400
EPS ECOOPSOS S.A.S	ESSC91	901.093.846	0	3	$120.000	$0	$0	$120.000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800.088.702	2	20	$789.900	$0	$0	$789.900
FAMISANAR	EPS017	830.003.564	7	109	$4.215.300	$0	$0	$4.215.300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900.156.264	2	81	$3.200.100	$0	$0	$3.200.100
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900.156.264	2	1	$40.000	$0	$0	$40.000
SALUD TOTAL	EPS002	800.130.907	4	92	$3.625.000	$0	$0	$3.625.000
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	40	$1.599.000	$0	$0	$1.599.000
TOTAL				405	$99.040.000	$0	$0	$99.040.000

160

~~841~~
1480

Unión Temporal Ecolimpieza

Comprobante de pago de Nómina
CENTRO DE COSTOS: RAMA JUDICIAL BOGOTA
NIT: 901351411
PERIODO: 2022-07-01 al 2022-07-31

NOMBRE: YAMILE ANDREA GONZALEZ CASTIBLANCO	CC: 1,020,764,090
BANCO: BANCOLOMBIA	CUENTA: 22538000829
EPS: SALUD TOTAL	AFP: PORVENIR
CARGO: SUPERNUMERARIO | OPERARIO DE ASEO	SALARIO BASICO: 1,000,000

INGRESOS

Concepto	Cantidad	Valor
Salario	27.00	900,000
Auxilio de transporte		105,455
Incapacidades	3	100,000
TOTAL INGRESOS		**1,105,455**

DEDUCCIONES

Concepto	Valor
Aporte salud	40,000
Aporte pension	40,000
TOTAL DEDUCCIONES	**80,000**
NETO PAGADO	**1,025,455**

Firma: YAMILE ANDREA GONZALEZ CASTIBLANCO

CC: 1,020,764,090

~~872~~
1481

Unión Temporal Ecolimpieza

Comprobante de pago de Nómina
CENTRO DE COSTOS: RAMA JUDICIAL BOGOTA
NIT: 901351411
PERIODO: 2022-07-01 al 2022-07-31

NOMBRE: CINDY LORENA GAITAN VANEGAS	CC: 53,100,926
BANCO: BANCOLOMBIA	CUENTA: 23700002892
EPS: CAPITAL SALUD	AFP: PORVENIR
CARGO: SUPERNUMERARIO | OPERARIO DE ASEO	SALARIO BASICO: 1,000,000

INGRESOS

Concepto	Cantidad	Valor
Salario	27.00	900,000
Auxilio de transporte		105,455
Incapacidades	3	100,000
TOTAL INGRESOS		**1,105,455**

DEDUCCIONES

Concepto	Valor
Aporte salud	40,000
Aporte pension	40,000
TOTAL DEDUCCIONES	**80,000**
NETO PAGADO	**1,025,455**

Firma: CINDY LORENA GAITAN VANEGAS

CC: 53,100,926

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

CENTRO DE COSTOS: SED SOACHA CIUDADELA SUERE

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 VISUAL	COFIA	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	37665183	Blanca Galindo	07-07-22		x	x	x											Blanca Gelindo
2	1'024463140	Diana Jimenez	07.07.22		x	x	x											Diana Jimenez
3	53.892307	Yuly Diaz Moreno	07-07-22		x	x	x											Yuly Diaz Moreno
4	1012318960	Diana Benitez	07-07-22		x	x	x											[illegible]
6	1000557906	Icaren Usaquen	07-07-22		x	x	x											Icaren Usaquen
6	24427858	Gloria Gallego Ramirez	07-07-22		X	x	X											Gloria Gallego
7	37237519	Jiriam Herron	07-07-22		x	x	x											Jiriam Herron
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
6																		
7																		
8																		

SUPERVISOR: [signature]

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

~~0~~ 1483

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA CAZUCA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CRA 14 ESTE N° 49 - 119	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
20755701	DINORA SOTO VELAZQUEZ	8 Julio 2022	8 Julio 2022	1
52240068	LUZ ENITH GUTIERREZ CARMONA	8 Julio 2022	8 Julio 2022	1

2= 1 dia

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 yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar 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 FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Marisol Malnecha Fontecha	53892930	

~~875~~
1484

Unión Temporal
Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA CAZUCA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CRA 14 ESTE N° 49 - 119	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
20755701	DINORA SOTO VELAZQUEZ	8 Julio 2022	8 Julio 2022	1
52240068	LUZ ENITH GUTIERREZ CARMONA	8 Julio 2022	8 Julio 2022	1

2= 1 día

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 yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar 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 FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Erika Andrea Rojas M	53.040.935	

~~816~~
1485

Unión Temporal
Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA CAZUCA	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CRA 14 ESTE N° 49 - 119	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
33817332	CARDOZO MONTOYA SONIA CLARENA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	/20
1024542235	MARTINEZ FANDIÑO CAREN LORENA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	/20
52534268	GONZALEZ LESLY YAMILE	11 Julio 2022	31 Julio 2022	/20
52010179	RAMIREZ ACUÑA MARIA ANTONIA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	/20
53009486	LIZARAZO MONCADA YURI ANDREA	11 Julio 2022	31 Julio 2022	/20
52876880	RICARDO LEIDY JOHANNA	11 Julio 2022	31 Julio 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 yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar 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

SEGUIR ACATANDO LOS HORARIOS ASIGNADOS (FUNCIONES)

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Marisol Mahecha Fontecha	53892930.	

ARL | sura

1486

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
C33817332	CARDOZO MONTOYA SONIA CLARENA	05/07/2022		45572552	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:C10230290952220335563

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 09:52:43 .
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

~~878~~
1487

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) SONIA CLARENA CARDOZO MONTOYA identificado(a) con CC 33817332 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	31/01/2012
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

~~819~~
1488

porvenir
sólo hay uno

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:

SONIA CLARENA CARDOZO MONTOYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **33.817.332**, 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.

~~900~~
1489

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **SONIA CLARENA CARDOZO MONTOYA,** número de identificación **33817332**, 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

~~401~~
1490

ARL | sura

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
C1024542235	MARTINEZ FANDIÃO CAREN LORENA	11/07/2022		19529136	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

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades. [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de Afiliación: A. Dependiente [X] 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: MARTINEZ; Segundo apellido: FANDIÑO; Primer nombre: CAREN; Segundo nombre: LORENA

7. Tipo de documento de identidad: CC

8. Número del documento de identidad: 1024542235

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]

13. Puntaje SISBEN

14.

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1'000.000

18. Residencia: Dirección: CRA 22 B 65 C 74 B 46; Teléfono fijo; Teléfono celular: 3003119334; Correo electrónico: lorenbrena1@hotmail.com

Municipio/Distrito: SOACHA; Zona: Urbana [X] Rural [ ]; Localidad/Comuna: CENTRO; Departamento: CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres: Primer apellido; Segundo apellido; Primer nombre; Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino Masculino [ ]

10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

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

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

Datos complementarios.

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

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Filo y/o celular	33. Valor dela UPC el afiliado adicion (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL Ecolimpieza

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: 3152590888; Correo electrónico: afiliaciones@ecolimpieza@ecoservi.com; Municipio/Distrito: BOGOTA; Departamento: BOGOTA

CONVIDA
POR TU SALUD... SIEMPRE CONVIDA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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 afilia dos adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 9. Inicio de relación la bocel 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: [X] 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 LANOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo: [ ] Femenino [ ] Masculino | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha 11 04 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 beneficios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados 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 ente 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

CAREN MARTINEZ

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

Unión Temporal Empleplaza Recursos Humanos

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 date 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 LAENTIDAD 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 (D D M M A A A A)

69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Op. ASEO

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

1492

porvenir
sólo hay uno

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:

CAREN LORENA MARTINEZ FANDIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.542.235**, 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.

~~405~~
1493

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **CAREN LORENA MARTINEZ FANDIÑO,** número de identificación **1024542235**, 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

~~906~~
1494

ARL | sura

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
C52534268	GONZALEZ LESLY YAMILE	11/07/2022		23016225	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

1495

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
4641833	15/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52534268	LESLY YAMILE GONZALEZ	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

1496

porvenir
sólo hay uno

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:

LESLY YAMILE GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.534.268**, 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.

1497

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LESLY YAMILE GONZALEZ,** número de identificación **52534268**, 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

1498

ARL | sura

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
C52010179	RAMIREZ ACUÃA MARIA ANTONIA	11/07/2022		45244243	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

911
1499

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008601253	1|9|0|7|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. Colectiva ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: 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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
RAMIREZ (Primer apellido)	ACUÑA (Segundo apellido)	MARIA (Primer nombre)	ANTONIA (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	52010179	Femenino ☒ Masculino ☐	0|7|1|2|1|9|6|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

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			
CR 7 NO 24 21		3124648241	MARIAANTONIARAMIREZ52010@GMAIL.COM
Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
BOGOTA	zona: Urbana ☒ Rural ☐		BOGOTA
Municipio/Distrito		Localidad / comuna	Departamento

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres	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	27.Sexo Masculino	28.Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo 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 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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación				
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826	7000470	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM	BOGOTA	BOGOTA
Dirección	Teleéfono	Correo electrónico	Municipio/distrito	Departamento

912

No de Radicacion
4008601253

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		1|1|0|7|2|0|2|2

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Maria Ramirez	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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

~~413~~
1500

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA ANTONIA RAMIREZ ACUÑA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52010179,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/1997** 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.

414
1501

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARIA ANTONIA RAMIREZ ACUÑA,** número de identificación **52010179**, 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

415
1502

ARL | sura

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
C53009486	LIZARAZO YURI ANDREA	11/07/2022		22921124	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

~~416~~
1503

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008601225	1|9|0|7|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
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 ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LIZARAZO Primer apellido	MONCADA Segundo apellido	YURI Primer nombre	ANDREA Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	53009486	Femenino ☒ Masculino ☐	0|4|0|8|1|9|8|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

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

CR 80J 71B 22 SUR BOSA NARANJOS **Dirección**	**Telefono fijo**	3219738942 **Telefono celular**	YURIANDREALIZARAZOM@GMAIL.COM **Correo electronico**
BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Numero documento 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			
	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	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS BOSA - VS BOSA	VSBOSA - VSBOSA
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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación				
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470 Teleéfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

917

No de Radicacion
4008601225

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		1|1|0|7|2|0|2|2

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 Contributvo,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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico 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
Yori Lizarazo	

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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

~~118~~
1504

porvenir
sólo hay uno

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:

YURI ANDREA LIZARAZO MONCADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.009.486**, 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.

~~419~~
1505

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **YURI ANDREA LIZARAZO MONCADA,** número de identificación **53009486**, 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

920
1506

ARL | sura

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
C52876880	RICARDO LEIDY JOHANA	11/07/2022		61621533	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
4641842	15/07/2022	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52876880	LEIDY YOHANA RICARDO	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

~~472~~
1508

porvenir
sólo hay uno

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:

LEIDY YOHANA RICARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.876.880**, 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.

~~723~~
1509

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LEIDY YOHANA RICARDO,** número de identificación **52876880**, 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

1570

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

CENTRO DE COSTOS: JED SOACHA CAZUCA

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 VISUAL	COFIA	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	1024512235	Karen Lorena Martinez	07-07-22		X	X	X											Karen Martinez
2	79676259	Sona Paola Carrasco	07-07-22		X	X	X											Sonia Carrasco
3	52534268	Camile Gonzalez	07-07-22		X	X	X											[illegible]
4	1073704102	Jesica Tuyillo	07-07-22		X	X	X											Jesica Tuyillo
5	3008824	Zaira Iglesia	07-07-22		X	X	X											Zaira
6	3817332	Clarena Cardozo	07-07-22		X	X	X											Clarena Cardozo
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		

SUPERVISOR: _____

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Juan Pablo Florez Jaimes

1511

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA GABRIEL GARCIA MARQUEZ	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	TRASVERSAL 6 ESTE N° 22B-22	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
1019006906	SASTRE ORTIZ LUZ CEDID	11 Julio 2022	31 Julio 2022	Excelente /20
52258144	MOLINA VANEGAS LUZ MERY	11 Julio 2022	31 Julio 2022	Excelente /20
39644547	PERALTA CARDONA ESTHER	11 Julio 2022	31 Julio 2022	Excelente /20
1012362294	PAEZ LEGUIZAMON DANNA JULIETH	15 Julio 2022	31 Julio 2022	Excelente /16

3=20
1=16

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 yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar el servicio de aseo y cafetería				Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería				Uso adecuado de la dotación ypresentación 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
X				X				X				X				X				X.		

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA EL RECTOR

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
Gladys Stella Enriquez	39666873	

1512

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA GABRIEL GARCIA MARQUEZ	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	TRASVERSAL 6 ESTE N° 22B-22	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
26274391	MARIA MARICEL PALACIOS PALACIOS	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo sede principal 1

1= 1 día

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 yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar el servicio de aseo y cafetería				Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería				Uso adecuado de la dotación ypresentación 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	
	X				X				X				X				X				X		

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
EDGARDS PINEDA I	80947698	

ARL | sura

9227
1513

Medellín, 14 de Septiembre de 2022

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, en el centro de trabajo 0000000022 - CUNDINAMARCA, Clase de riesgo 2, Porcentaje de cotización 1.044%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1019006906	SASTRE ORTIZ LUZ CEDID	05/07/2022		9123x245	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:C10230290952225740027

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/09/2022 11:07:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.32.27.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57

1514

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4008589671	1|5|0|7|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
SASTRE Primer apellido	ORTIZ Segundo apellido	LUZ Primer nombre	CEDID Segundo nombre

7.Tipo documento de identidad	8.Número del documento de identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1019006906	Femenino ☒ Masculino ☐	2|7|0|7|1|9|8|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

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			
CR 2 NUMERO 11 23 Dirección	Telefono fijo	3208734895 Telefono celular	CEDIDSASTRE1986@HOTMAIL.COM Correo electronico
SOACHA Municipio/Distrito	zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	CUNDINAMARCA Departamento

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			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

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

24. Apellidos y nombres	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	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

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

32. Datos de residencia

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

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo 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 docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA	NIT	901351411	01

39.Ubicación				
CL 54 31 50 ANTIGUO CAMPESTRE 3182159826 Dirección	7000470 Teleéfono	AUXILIARRH@ECOSERVIR.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4008589671

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 inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite 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 ☐ Masculino ☐		0|5|0|7|2|0|2|2

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 clinica 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 poir 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 envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Luz Castre	Unión Temporal Ecolimpieza Nit. 901.351.411 - 8 RECURSOS HUMANOS
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 union 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 union 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 perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

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

porvenir
sólo hay uno

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 CEDID SASTRE ORTIZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.006.906**, 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 logra ría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

~~131~~
1516

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LUZ CEDID SASTRE ORTIZ,** número de identificación **1019006906**, 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

1517

ARL | sura

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
C52258144	MOLINA VANEGAS LUZ MERY	11/07/2022		94155175	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

1518

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

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 52258144
NOMBRES Y APELLIDOS	Molina Vanegas,Luz Mery
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	23/06/2020
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Juisa Murcia,Miguel Angel, 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 Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

1519

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MOLINA VANEGAS LUZ MERY** identificado(a) con **CC** número **52.258.144** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de octubre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

135

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

Cordialmente,

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

2022071911343

935
1520

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **LUZ MERY MOLINA VANEGAS,** número de identificación **52258144**, 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

156
1521

ARL | sura

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
C39644547	PERALTA CARDONA ESTHER	11/07/2022		71577W21	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. asi 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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980282

9008980282

No. de Radicación: 24220145

Fecha de Radicación: 17 07 2022

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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 PERALTA; Segundo Apellido CARDONA; Primer Nombre ESTHER; Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de Identidad: 39644547
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 24 M 09 A 1966

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
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: Dirección; Departamento; Teléfono celular; Zona Urbana [ ] Rural [ ]; Municipio / Distrito; Nacionalidad; Correo electrónico

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

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

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D M A		
B2					D M A		
B3					D M A		
B4					D M A		
B5					D M A		

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

Selección de la IPS Primaria

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

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
Teléfono: 6332795
Correo electrónico
Municipio / Distrito: BOGOTA
Departamento: DISTRITO CAPITAL

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 [X] 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 pensante [ ] 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; Número del documento de identidad; Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]; Fecha de nacimiento D M A

42. Fecha novedad: 11 07 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de barreras de tipo mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de a historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular en mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

ESTHER PERALTA

Nombre y firma del cotizante o cabeza de familia

No. de identificación

Huella

Unión Temporal ECOLIMPIEZA NIT. 901.351.411 - 1 REPRESENTANTE LEGAL

Representante o de Oficio

IX. ANEXOS

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

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la unión 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 jurada 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 la ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha de radicación D M A
69. Fecha de validación D M A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad; Número del documento de identidad

OBSERVACIONES:
CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES

71. Firma del funcionario

Cambio Empleo

Responde 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.

INTERNET

VERSIÓN 3 SUPERSALUD

1523

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ESTHER PERALTA CARDONA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39644547,** se encuentra afiliado/a desde **23/02/2000** 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.

1524

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ESTHER PERALTA CARDONA,** número de identificación **39644547**, 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

ARL | sura

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
C1012362294	PAEZ LEGUIZAMON DANNA JULIETH	15/07/2022		18447201	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:C10230290952220643540

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 12:05:40 .
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

1526

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

Número de Radicación | Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [✓] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [✓] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [✓] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres completos: Primer apellido: PAEZ | Segundo apellido: LEGUIZAMON | Primer nombre: DANNA | Segundo nombre: JULIETH
7. Tipo documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1012362294
9. Sexo: Femenino [✓] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 08 02 1990

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: SURA
16. Administradora de Pensiones: PROTECCION
17. Ingresos base de cotización - IBC: 1.000.000
18. Residencia: Dirección: CR 2 # 38 80 | Teléfono: | Teléfono celular: 3144937880 | Correo electrónico: DANNA_1990@HOTMAIL.COM
Municipio/Distrito: SOACHA | Zona: Urbana [✓] Rural [ ] | Localidad/Comuna: CENTRO | 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 completos: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad [ ]
21. Número de 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 completos

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número 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: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

Selección de la IPS primaria

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

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

35. Nombre o razón social: UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 901351411
38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: CALLE 17 # 33-54 | Teléfono: 3152579888 | Correo electrónico: afiliacionesmutecolimpieza@ecoservir.com | Municipio/Distrito: BOGOTA | Departamento: BOGOTA

1527

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad
  - [x] 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	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA	15 07 2022

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante y/o pagador responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
DANNA PAEZ	Unión Temporal Ecolimpieza NIT. 901.151.011-6 RECURSOS HUMANOS

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	DD MM AAAA	DD MM AAAA

70. Datos del 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 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.

1528

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PAEZ LEGUIZAMON DANNA JULIETH** identificado(a) con **CC** número **1.012.362.294** 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 25 de julio de 2022.

Cordialmente,

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

2022072511571

944
1529

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **DANNA JULIETH PAEZ LEGUIZAMON,** número de identificación **1012362294**, está afiliado (a) desde **15/07/2022**, como trabajador (a) de UNION TEMPORAL ECOLIMPIEZA, con NIT: 9013514118.

Fecha de ingreso a la Empresa:15/07/2022

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

1530

Unión Temporal Ecolimpieza	ACTA ENTREGA DE DOTACIÓN	CÓDIGO: F-CON-01
		VERSIÓN: 01

Ciudad, 14-07-2022

Trabajador: Danna J Paez L **Cedula:** 1012362294

Cargo: operaria de aseo y cafe **Centro de Costo:** secretaria de salud.

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	COLOR	TALLA
1	Camisa	Azul	22
1	Pantalon	Negro	22
1	zapatos	Negro	41.

NOTA:

- Los uniformes en general no se pueden cortar y destruir.
- El uniforme si les queda grande, mandarle a coger y, Pero no cortarlo.
- En caso de pérdida o robo notificar a la empresa, y hacer el denuncio respectivo.

Por políticas debemos recoger los uniformes anteriores, por higiene y seguridad y así mismo guardar la uniformidad. Usted debe hacer entrega del uniforme anterior en las debidas condiciones:

- Botas: lavadas dentro de una bolsa trasparente, marcando la talla.
- Calzado: limpio en una bolsa transparente.
- Uniforme: lavado, en bolsa trasparente, marcando la talla.
- Gorros: lavado
- Gafas: dentro de una bolsa trasparente.
- Todo será entregado por separado y directamente a su supervisor en mando.
- Carnet: debe realizar la devolución del carnet, en caso de perdidas deberá entregar el denuncio.

El trabajador manifiesta: En caso de daño de la dotación entregada o parte de ella, el trabajador se compromete a realizar los arreglos correspondientes o el cambio total de dicha prenda y su valor será descontado de su salario.

Firma quien recibe

Danna J Paez L

C.C 1012362294

Firma quien entrega

Viviana Londoño
Coordinadora de Compras
Unión Temporal Ecolimpieza
Nit. 901.351.411-8

1531

Unión Temporal Ecolimpieza	NTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	Versión: 01

CENTRO DE COSTOS: Soacha, Secretaria.

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

N°	CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE ENTREGA	GUANTE AMARILLO	GUANTE NEGRO	GUANTE ROJO	GUANTE DIELECTRICO	GUANTE BAQUETA	TAPABOCAS	PROTECTOR VISUAL	COFIA	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	FIRMA DE TRABAJADOR
1	1073692577	Angela sanabria	26-05-2022	1	1	1			2		1			RENU		1	Angela sanabria
2	1065379995	Dina Babilonia	14-07-2022	1	1	1			2		1					1	Dina Babilonia.
3	1012362294	Danna J Paez L	14-07-2022	1	1	1			2		1					1	Danna J Paez L
4	52324317	Haritza gomez Monsalve	14-07-2022	1	1	1			2		1					1	Haritza
5	37.674 498	Nayela Paola ortiz	14-07-2022	1	1	1			2		1					1	Paola ortiz.
6	1073716943	Angie Paola Velez	14-07-2022	1	1	1			2		1					1	Angie velez
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	

SUPERVISOR: _____

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

CENTRO DE COSTOS: JED SOACHA GABRIEL GARCIA

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 VISUAL	COFIA	UNIFORME	DELANTAL	CAPA IMPERMEABLE	PROTECCIÓN AUDITIVA	CALZADO	BOTAS DE CAUCHO	MONOGAFAS	GORRAS	GFIRMA
1	51944536	Flor Barahona	07-07-22		x	x	x											Flor Barahona
2	39644547	Esther peralta	07-07-22		x	x	x											Esther peralta
3	39644547	Luz Mery Molina	07-07-22		x	x	x											Luz Mery Molina
4	1012362394	Danna Paez	07-07-22		x	x	x											Danna Paez
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

1533

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO INTEGRAL DE ASEO			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA BUENOS AIRES	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 42 N° 51 -57 BARRIO BELLA VISTA	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES	
52309601	GARCIA MEDINA MARINELA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1113682259	ARBOLEDA MORENO SANDRA CAROLINA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
52167554	PRADA ANAYA MARIA RESURE	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
1073680622	HEREDIA RODRIGUEZ ANA JUDITH	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
52208433	PIZA JIMENEZ MERY YANETH	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
39670579	RUBIANO ARANGO ALBA YENNY	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
20867254	GOMEZ MELO FLOR ESPERANZA	11 Julio 2022	31 Julio 2022		20
52324317	GOMEZ MANOSALVA MARITZA	15 Julio 2022	31 Julio 2022		16

7=20
1=16

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 yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar 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
ADRIANA LAMY CARDENAS	52.020.839 BOGOTA	Adriana Lamy C

Institucion Educativa BUENOS AIRES RECTORÍA

1534

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA BUENOS AIRES	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 42 N° 51 -57 BARRIO BELLA VISTA	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
1032396865	YULI PAULIN PATINO	7 Julio 2022	7 Julio 2022	Realizo aseo en sede principal 1
1073711599	JONATHAN STEVEN YATE	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Rincón del Lago 2
1032396865	YULI PAULIN PATIÑO	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sedes Robles y Paz y Patria 2
39670579	ALBA YENY RUBIANO ARANGO	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Oasis 2

1 = 3 días
2 = 2 días

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

Calidad del aseo en áreas				Calidad del aseo de muebles yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar 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														

Observación del servicio

El aseo realizado por el funcionario JONATHAN ESTEVEN YATE no fue eficiente.

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
OLGA MARIA LOZANO LOPEZ	41.956.647 ARMENIA	

1535

Unión Temporal Ecolimpieza

CERTIFICACION SERVICIO BRIGADAS JULIO 5 AL 10			
COLEGIO:	INSTITUCION EDUCATIVA BUENOS AIRES	MUNICIPIO	SOACHA
DIRECCION:	CALLE 42 N° 51 -57 BARRIO BELLA VISTA	TELEFONO	

RELACIÓN DE TURNOS PRESTADOS

CEDULA	NOMBRE	FECHA INICIAL DEL SERVICIO	FECHA FINAL DEL SERVICIO	OBSERVACIONES
1032396865	YULI PAULIN PATINO	7 Julio 2022		Realizo aseo en sede principal
1073711599	JONATHAN STEVEN YATE	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Rincón del Lago
1032396865	YULI PAULIN PATIÑO	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sedes Robles y Paz y Patria
39670579	ALBA YENY RUBIANO ARANGO	9 Julio 2022	10 Julio 2022	Realizo aseo en sede Oasis

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 yequipos				Recolección y disposición de residuos				Uso adecuado de maquinaria y utensilios paraprestar el servicio de aseo y cafetería				Uso adecuado de insumos para prestar el servicio de aseo y cafetería				Uso adecuado de la dotación y presentación personal de las gestoras y gestores			
E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D	E	B	R	D
	X				X				X				X				X				X		

Observación del servicio

EN CONSTANCIA FIRMA FUNCIONARIO ADMINISTRATIVO

NOMBRE	CEDULA	FIRMA
OLGA MARÍA LOZANO LÓPEZ	41956647 DE ARMENIA	

1536

ARL | sura

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
C52309601	GARCIA MEDINA MARINELA	11/07/2022		18220914	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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9008980247
9008980247

No. de Radicación: 24220098

Fecha de Radicación: D 17 M 07 A 2022

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia [X] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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 GARCIA; Segundo Apellido MEDINA; Primer Nombre MARINELA; Segundo Nombre
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 52309601
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D 24 M 01 A 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1.000.000
18. Residencia: Dirección; Teléfono fijo; Teléfono celular; Zona Urbana [ ] Rural [ ]; Municipio / Distrito; Localidad / Comuna; Departamento; País de 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: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D M A

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

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

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia

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

Selección de la IPS Primaria

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

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): 6332795
39. Ubicación: CALLE 25 B 85 B 83 BARRIO; Municipio / Distrito: BOGOTA; Departamento: DISTRITO CAPITAL

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 [X] 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 pensionado [ ] 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
Número del documento de identidad
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad: D 11 M 07 A 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 o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Marinela Garcia
54. Firma del cotizante o cabeza de familia o su representante legal
55. Firma del representante legal o funcionario autorizado de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, Administradora de Riesgos Laborales, Administradora de Pensiones o de Cajas de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CC RC TI CE PA AS 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 ordene 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 autorizada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha; Puntaje; Nivel
68. Fecha de radicación: D M A
69. Fecha de validación: D M A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido; Segundo Apellido; Primer Nombre; Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES:
CARGO: OPERARIO DE SERVICIOS GENERALES
71. Firma del funcionario

VERSIÓN SISPRO 01.01

Cambio Empleo

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.

INTERNET

02/2012

953
438

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GARCIA MEDINA MARINELA** identificado(a) con **CC** número **52.309.601** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2002 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
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

2022071911522

954
1539

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **MARINELA GARCIA MEDINA,** número de identificación **52309601**, 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

226