



F-GC-05  
Versión: 8  
Noviembre 2020

## GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CONTRATAR

## PERSONAS NATURALES

DOCUMENTO PRESENTADO	SI	N/A
Fotocopia de la cédula de ciudadanía.	X	
Fotocopia de la matrícula profesional.	X	
Fotocopia del certificado de inscripción y vigencia de la matrícula profesional expedido por el consejo u órgano de la profesión correspondiente.	X	
Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT) expedido por la DIAN.	X	
Certificado de antecedentes fiscales expedido por la Contraloría General de la República, con una vigencia de expedición no superior a tres meses. ( <a href="http://www.contraloriagen.gov.co">www.contraloriagen.gov.co</a> ) ó ( <a href="http://200.93.128.205/web">http://200.93.128.205/web</a> )	X	
Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación, con una vigencia de expedición no superior a tres meses. ( <a href="http://www.procuraduria.gov.co">http://www.procuraduria.gov.co</a> )	X	
Certificado de antecedentes judiciales. <b>(Opcional)</b> ( <a href="http://www.policia.gov.co">www.policia.gov.co</a> )	X	
Afiliación y pago al Sistema General de Seguridad Social (como independiente).	X	
Registro único de proponentes vigente, expedido por la Cámara de Comercio.		X
"Compromiso Anticorrupción" acorde al modelo propuesto por EMPOCALDAS S.A. E.S.P.	X	
Cotización o propuesta.	X	
Verificación en el registro nacional de medidas correctiva ( <a href="https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx">https://srvpsi.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx</a> )	X	
"Acta de confidencialidad y aceptación políticas de seguridad y privacidad de la información" acorde al modelo entregado por EMPOCALDAS S.A E.S.P.	X	

Fecha de presentación:

06-06-2023

CONTRATISTA:

ALBEIRO LÓPEZ CLAVIJO

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA:

RODRIGO ABOYFORD XUMA 2012

FIRMA DE QUIEN VERIFICA:



FECHA DE NACIMIENTO **24-OCT-1974**

**SAMANA**  
(CALDAS)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.71**  
ESTATURA

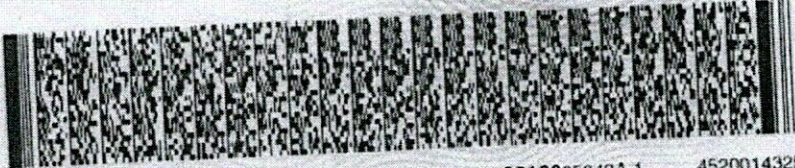
**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**01-JUL-1993 SAMANA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0900100-00150811-M-0016113238-20090225 0010025948A 1 4520014325

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.113.238**

**LOPEZ CLAVIJO**  
APELLIDOS

**ALBEIRO**  
NOMBRES

*[Signature]*  
FIRMA



MATRICULA PROFESIONAL

091037-0529356 CND

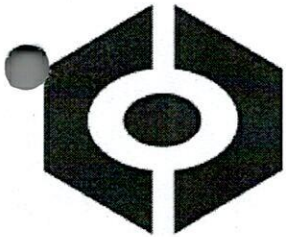
R2020030087



REPÚBLICA DE COLOMBIA

**COPNIA**

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería



INGENIERIA CIVIL

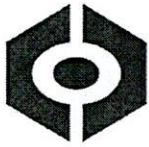
ALBEIRO LOPEZ CLAVIJO

ID: 16113238

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA







**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA  
COPNIA**

**EL DIRECTOR GENERAL ENCARGADO**

**CERTIFICA:**

1. Que ALBEIRO LOPEZ CLAVIJO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 16113238, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA CIVIL con MATRICULA PROFESIONAL 091037-0529356 CND desde el 31 de Julio de 2020, otorgado(a) mediante Resolución Nacional R2020030087.
2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.
3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**
4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.
5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los treinta (30) días del mes de Mayo del año dos mil veintitres (2023).

**Angela Patricia Alvarez Ledesma**

Firmal del titular (\*)

(\*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado  
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.  
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web [https://tramites.copnia.gov.co/Copnia\\_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart](https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart) indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.



2. Concepto  1  3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14627856535



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 6 1 1 3 2 3 8

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Manizales

10

14. Buzón electrónico

**IDENTIFICACION**

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1

3

26. Número de Identificación:

1 6 1 1 3 2 3 8

27. Fecha expedición:

1 9 9 3 0 7 0 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1

6

9

29. Departamento:

Caldas

30. Ciudad/Municipio:

1 7

Samaná

6

6

2

31. Primer apellido

LOPEZ

32. Segundo apellido

CLAVIJO

33. Primer nombre

ALBEIRO

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

1 6 9

Caldas

40. Ciudad/Municipio:

1 7

Manizales

0

0

1

41. Dirección principal

CR 21 24 44 BRR CENTRO

42. Correo electrónico:

pinillo10@hotmail.es

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 4 7 2 1 5 9 4 7

45. Teléfono 2:

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código:

7, 4, 9, 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 8 0 1 0 1

**Actividad secundaria**

48. Código:

6, 1, 9, 0

49. Fecha inicio actividad:

1 9 9 7 0 4 0 1

50. Código:

1 2

Otras actividades

7, 7, 1, 0

**Ocupación**

51. Código

52. Número establecimientos

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código:

4 9

49 - No responsable de IVA

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI  NO

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 1 8

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 30 de mayo de 2023, a las 15:52:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	16113238
Código de Verificación	16113238230530155236

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



YEZID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 224095580**



WEB  
08:47:45  
Hoja 1 de 01

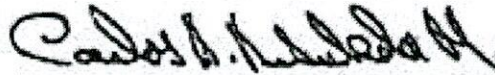
Bogotá DC, 30 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ALBEIRO LOPEZ CLAVIJO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16113238:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

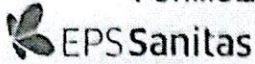


CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**ATENCIÓN :**  
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.



# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Número de afiliación y registro

NO REGISTRAR

No. de Radicación: [ ] Fecha de Radicación: [ ]



173093021

(Lea las instrucciones que se encuentran al respecto antes de diligenciar este formulario)

<b>I. DATOS DEL TRÁMITE</b>		<b>2. Tipo de Afiliación</b>		<b>3. Régimen</b>	
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Registro de Novedades		A. Individual Beneficiario o Afiliado adicional		B. Colectiva C. Institucional	
4. Tipo de Afiliado A. Colaborante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia C. Beneficiario		5. Tipo de Colizante A. Dependiente B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado		D. De Oficio	
				3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado	
				Código (a registrar por la EPS)	

## A. AFILIACIÓN

<b>II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)</b>					
6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>Lopez</u> Segundo Apellido: <u>Clavijo</u> Primer Nombre: <u>Albeiro</u> Segundo Nombre: [ ]					
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de Identidad <u>16.113.238</u>		9. Sexo Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	
				10. Fecha de nacimiento <u>24/10/1974</u>	

<b>III. DATOS COMPLEMENTARIOS</b>					
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 <u>Porvenir</u>	
17. Ingreso base de cotización - IBC <u>2.889.000</u>		18. Residencia Dirección <u>Cra 22 # 54A -76 Apto 301</u>		Teléfono Fijo	
Teléfono Celular <u>3147215947</u>		Correo Electrónico <u>lopezclavijoalbeiro@gmail.com</u>			
Municipio / Distrito <u>Monizales</u>		Zona Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural		Localidad / Comuna <u>Estados</u>	

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

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante					
19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre					
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		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					

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

30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición		32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento			33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)		
B1	F N M	T P		Urbana Rural					
B2	F N M	T P		Urbana Rural					
B3	F N M	T P		Urbana Rural					
B4	F N M	T P		Urbana Rural					
B5	F N M	T P		Urbana Rural					

Selección de la IPS Primaria		34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS <u>Punto de cuidado Monizales</u>		Código de la IPS (a registrar por la EPS) <u>278414</u>	
C					
B					
B					
B					

KP27A



**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 identificación NIH II CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección	Municipio / Distrito		Teléfono Fijo
Correo Electrónico	Departamento		

**B. REPORTE DE NOVEDADES**

40. Tipo de Novedad

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

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

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino
Fecha de nacimiento DD MM AAAA		42. Fecha DD MM AAAA	

43. EPS anterior  
*Sgnifas (A Oficio)*

44. Motivo de traslado  
Código

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

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

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

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

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

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

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario  
*Albeiro Lopez C.*

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

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CG PA CE CD SC TOTAL

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

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

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

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

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

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

66. Identificación de la Entidad Territorial  
Código del Municipio Código del Departamento

67. Datos del SISBEN  
Número de ficha Puntaje Nivel

68. Fecha de Radicación  
DD MM AAAA

69. Fecha de Validación  
DD MM AAAA

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

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

Observaciones:  
*C/c cotiz Independiente (02)*

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.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial *CC 24839618* Sello de Radicación Sticker procesamiento

*Alc. Tareeth Giraldo*





**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:**

**ALBEIRO LOPEZ CLAVIJO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.113.238**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 30 de Mayo del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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



**COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 06/06/2023**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
V. L. A. D. O.

**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	890803239	Cédula Usuario:	CC 25233425
Nombre:	EMPRESA DE OBRAS SANITARIAS DE CALDAS S.A. EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS PUDIEND				
Dirección:	CRA 23 NO 75-82				
Departamento:	CALDAS	Municipio:	MANIZALES		
Correo electrónico:	coordinadorasst@empocaldas.com.co				
Teléfono:	8867080	Tarifa:	2.436		
Actividad Económica:	3360001 CAPTACION, TRATAMIENTO Y DISTRIBUCION DE AGUA, INCLUYE LA CAPTACION, EL TRATAMIENTO Y LA DISTRIBUCION DE AGUA PARA USO DOMESTICO E INDUSTRIAL, SERVICIOS DE ACUEDUCTO.				

**DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN**

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 25233425	CLAUDIA PATRICIA ALVAREZ CARMONA

**DATOS AFILIADOS RADICADOS**

Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1 73	07/06/2023	CC 16113238	LOPEZ CLAVIJO ALBEIRO	5	6.960	Independiente

**OBSERVACIONES**

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y  
Novedades Positiva Compañía de  
Seguros S.A.

2C163C796CAE4FB5F9C88272687434E6

Certificado impreso el día 6/6/2023 4:46:01PM por el portal de empresas Edesk







SEGURO DE VIDA  
SEGURO DE ACCIDENTE  
SEGURO DE ENFERMEDAD

### EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá **(601) 330 7000**.

[www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co)

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

**ALBEIRO**  
LOPEZ CLAVIJO  
16113238

EMPRESA DE OBRAS SANITARIAS DE CALDAS S.A. EMP  
890803239

Este carné es personal e intransferible



Manizales, 30 de Mayo de 2023

Señores  
EMPOCALDAS S.A. E.S.P  
Carrera 23 # 75-82

**ASUNTO: PROPUESTA**

**ALBEIRO LÓPEZ CLAVIJO**, identificado con C.C. 16.113.238, ofrezco mis servicios como Ingeniero Civil, para "CONTRATACIÓN DE UN (1) INGENIERO CIVIL PARA EL APOYO EN LA EJECUCIÓN DE OBRAS POIR A EJECUTAR EN LA ZONA ORIENTE DE CALDAS, CON RECURSOS DEL CRÉDITO DE LOS 22.000 MILLONES".

VALOR DE MIS HONORARIOS MENSUALES: DOS MILLONES OCHOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO DOCE PESOS \$ 2.889.112,00

GASTOS POR DESPLAZAMIENTO, MANUTENCION: UN MILLON CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS \$1.195.236,00

Gracias por la atención prestada.

  
**ALBEIRO LOPEZ CLAVIJO**  
C.C. 16.113.238