



F-GC-22
Versión 6
Octubre 2016

EMPOCALDAS S.A. E.S.P.
GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

LISTA DE CHEQUEO PAGO DE ACTAS - CONTRATO DE OBRA

# CONTRATO Y AÑO	0140/2017	Acta N°	1	1. VALOR INICIAL (incluido IAU e IVA)	58.722.116
				2. VALOR ADICION (+)	
CONTRATISTA	ORM CONSTRUCCIONES S.A.S			3. VALOR TOTAL (1+2)	58.722.116
NIT O CC:	900.018.460-9			4. VALOR ACTAS ANTERIORES (-)	
CDP (#, rubro y fecha)	552 DEL 4/05/2017	553 DEL 4/05/2017		5. VALOR PRESENTE ACTA (-)	36.896.610
RP (#, rubro y fecha)	0663 2017/05/31	0664 2017/05/31		6. VALOR POR EJECUTAR (3 - 4 - 5)	21.825.507
OBJETO DEL CONTRATO:	OBRA1: REPOSICION TUBERIA DE ACUEDUCTO EN LA CARRERA 9 CON CALLES 5 Y 8 EN EL MUNICIPIO DE SALAMINA CALDAS. OBRA 2 CONSTRUCCION DE LA RED DE ACUEDUCTO EN EL SECTOR LA GREGORITA EN EL MUNICIPIO DE NEIRA CALDAS				
TIPO DE RECURSOS	PROPIOS	CENTRO DE COSTOS y PROCEDIMIENTO			
DOCUMENTO VERIFICADOS					
					# FOLIOS
1- Autoliquidaciones en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales del personal empleado en la obra y del contratista (Personas naturales) o Certificado de Cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789/02 (Personas jurídicas).					X
2- Pagos SENA e ICBF, cuando aplique.					N/A
3- Pagos al FIC					N/A
4- Factura (Régimen Común) o Factura equivalente (régimen simplificado).					X
5- Informe de actividades o Bitácora.					X
6- Copia de las planillas de pago con firma de los trabajadores.					X
7- Informe de Interventoría y certificado. Formato F-GC-20					X
8- Ensayos de densidad.					N/A
9- Diseño de Mezclas					N/A
10- Ensayo de resistencia de concreto o ensayo de viguetas en pavimentos.					N/A
11- Trazabilidad de la tubería. Formato F-GC-28					X
12- Actas de vista de acometidas. Formato F-AC-51					N/A
13- Actas de finalización de obras de acometidas. Formato F-AC-52 (Sólo aplica para el acta final)					N/A

Nota: Si pasados tres (3) días después del recibo de esta documentación el Supervisor del contrato no presenta correcciones, quedará en firme y será subida al SECOP.

Secretaría General CERTIFICA que el Supervisor del Contrato entregó la documentación para ser archivada en la carpeta correspondiente.

Carolina Gallegos
NOMBRE DE QUIEN RECIBE

30-06-17.
FIRMA

DOCUMENTOS ANEXOS CON DESTINO A TESORERÍA	
Factura original o Documento equivalente	X
Acta original	X
Informe de Interventoría y certificado. Formato F-GC-20	X
Copia del Registro Presupuestal	X
Distribución por centro de costos. Formato F-GF-32	X
Autoliquidaciones en Salud, Pensiones y Riesgos profesionales del personal empleado en la obra y del contratista (Personas naturales) o Certificado de Cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789/02 (Personas jurídicas)	X

Fecha de presentación _____

DATOS DEL SUPERVISOR		
GERARDO A. RAMIREZ GOMEZ	INGENIERO ZONA CENTRO NORTE	
NOMBRE	CARGO	


DATOS PARA LA TRANSFERENCIA DE PAGOS		
281070375	CORRIENTE	BOGOTA
CUENTA	TIPO DE CUENTA	BANCO

ACTA PARCIAL 1

CONTRATO	0140 DE 2017
MODALIDAD DE CONTRATACION	CONTRATACION DIRECTA
CONTRATANTE:	EMPOCALDAS S.A. E.S.P.
REPRESENTANTE LEGAL:	CARLOS ARTURO AGUDELO MONTOYA
C.C.	4.384.840 BELALCAZAR CDS
OBJETO:	OBRA1: REPOSICION TUBERIA DE ACUEDUCTO EN LA CARRERA 9 CON CALLES 5 Y 6 EN EL MUNICIPIO DE SALAMINA CALDAS. OBRA 2 CONSTRUCCION DE LA RED DE ACUEDUCTO EN EL SECTOR LA GREGORITA EN EL MUNICIPIO DE NEIRA CALDAS
CONTRATISTA:	ORM CONSTRUCCIONES S.A.S.
NIT:	900, 018,460-9
REPRESENTANTE LEGAS:	OSCAR RESTREPO MESA
C.C.	4.597.725
VALOR TOTAL:	\$ 58.722.115 INCLUIDO A.I.U
VALOR EJECUTADO:	\$ 36.896.610
PLAZO:	30 DIAS A PARTIR DEL ACTA DE INICIO
RECURSOS:	PROPIOS
SUPERVISION	INGENIERO ZONA CENTRO NORTE
CDP	552 DEL 04/05/2017 - 553 DEL 4/05/2017
RP	00663 2017/05/31 - 00664 2017/05/31

En la ciudad de Manizales Caldas a los veintisiete (27) días del mes de junio de 2017 reunieron los señores GERARDO ANTONIO RAMIREZ GOMEZ INGENIERO ZONA CENTRO NORTE y OSCAR RESTREPO MESA contratista con el fin de realizar el recibo del ACTA DE RECIBO DE OBRA PARCIAL No 1 según contrato 0140 de 2017 cuyo objeto es: OBRA1: REPOSICION TUBERIA DE ACUEDUCTO EN LA CARRERA 9 CON CALLES 5 Y 6 EN EL MUNICIPIO DE SALAMINA CALDAS. OBRA 2 CONSTRUCCION DE LA RED DE ACUEDUCTO EN EL SECTOR LA GREGORITA EN EL MUNICIPIO DE NEIRA CALDAS

No siendo otro el motivo de la presente reunión se firma por los que en ella intervinieron.


GERARDO A. RAMIREZ G.
JEFE SECCION INTERVENTORIA
EMPOCALDAS S.A. E.S.P


OSCAR RESTREPO MESA.
CONTRATISTA

CONT #		0140/2017		CONTRATISTA		EMPUCALDAS S.A.E.S.P		ORM CONSTRUCCIONES S.A.S.		FECHA:		06/29/17	
OBJETO: OBRAS REPOSICION TUBERIA DE ACUEDUCTO EN LA CARRERA 9 CON CALLES 5 Y 6 EN EL MUNICIPIO DE SALAMINA CALDAS. OBRA 2 CONSTRUCCION DE LA RED DE ACUEDUCTO EN EL SECTOR LA GREGORITA EN EL MUNICIPIO DE NERIA CALDAS													
REPOSICION TUBERIA DE ACUEDUCTO EN LA CARRERA 9 CON CALLES 5 Y 6 EN EL MUNICIPIO DE SALAMINA CALDAS													
ITEM	DESCRIPCION	CANTIDADES CONTRACTUALES				ACTA 1				ACUMULADO		% EJECUCION	
		UN	CANT	VR UNIT	VR TOTAL	CANT	VR TOTAL	CANT	VR TOTAL	CANT	VR TOTAL		
1	PRELIMINARES												
1.1	Localización y replanteo (incluye plano record)	ml	50	4.600	414.000	85,4	392.840	85,4	392.840	85,4	392.840	95%	
1.2	Cerramiento con bombones y cinta plastica	ml	90	6.950	616.500	89,9	615.815	89,9	615.815	89,9	615.815	100%	
1.3	Señal preventiva y reglamentaria	un	4	137.400	549.600	4	549.600	4,0	549.600	4,0	549.600	100%	
1.4	Instalacion valla institucional 2x4	Un	1	666.500	666.500	1	666.500	1,0	666.500	1,0	666.500	100%	
2	DEMOLICIONES												
2.1	Corte con disco abrasivo	Ml	300	6.720	2.016.000	170,7	1.147.104	170,7	1.147.104	170,7	1.147.104	57%	
2.2	Demolicion de estructuras en concreto hidraulico incluye andenes, graderia y cañuelas	M3	12	73.650	883.800	26,1	1.922.265	26,1	1.922.265	26,1	1.922.265	218%	
3	EXCAVACION												
3.1	En materia comun de 0 a 2m	M3	60	23.250	1.395.000	74,7	1.736.775	74,7	1.736.775	74,7	1.736.775	125%	
3.2	Retiro de material sobrante	M3	36	28.950	1.042.200	52,2	1.511.190	52,2	1.511.190	52,2	1.511.190	145%	
4	ESTRUCTURAS ACUEDUCTO												
4.1	Instalacion de tuberia PVC de 3"	Ml	90	6.150	553.500	85,4	525.230	85,4	525.230	85,4	525.230	99%	
4.2	Instalacion de acometidas de 1/2" desde el tubo madre hasta el medidor	Un	15	37.000	555.000	14	518.000	14,0	518.000	14,0	518.000	93%	
4.3	Instalacion de valvulas		2	183.350	366.700	2	366.700	2,0	366.700	2,0	366.700	100%	
4.4	Cajos para valvulas de 0,80*0,80 por h con tapa		2	558.060	1.116.120	2	1.116.120	2,0	1.116.120	2,0	1.116.120	100%	
4.5	Empalme a tuberia existente	Un	2	79.850	159.700	2	159.700	2,0	159.700	2,0	159.700	100%	



5	LLENOS											
5.1	Arena para base y atraque	M3	8	106.700	853.600	5,1	544.170	5,1	544.170	64%		
5.2	Lien compactado con material de la obra	M3	30	19.550	586.500	43,4	848.470	43,4	848.470	145%		
5.3	sub base para pavimento e= 25 cms.	M3	15	128.100	1.921.500	26,1	3.343.410	26,1	3.343.410	174%		
6	CONCRETOS											
6.1	Concreto de 21 Mpa para gradenas y andenes	M3	2	535.500	1.071.000	0	-	-	-	0%		
6.2	concreto para pavimento MR 42 mpa	M3	12	727.250	8.727.000	4,5	3.272.625	4,5	3.272.625	38%		
7	ACERO											
7.1	Acero de refuerzo	kg	36	5.220	187.920	0	-	-	-			
7.2	Acompañamiento social durante toda la obra	gl	1,25	1.287.450	1.609.313	1,25	1.609.313	1,25	1.609.313	100%		
	COSTO TOTAL				25.291.453		20.845.807		20.845.807			
					19.313.824		15.918.905		15.918.905			
	COSTO DIRECTO				3.862.765		3.183.781		3.183.781			
	ADMINISTRACION			20%	795.945		795.945		795.945			
	IMPREVISTOS			5%	965.691		965.691		965.691			
	UTILIDADES			5%	965.691		965.691		965.691			
	IVA/UTILIDADES			19%	183.481		151.230		151.230			
	TOTAL				25.291.453		20.845.807	COSTO TOTAL	20.845.807			20.845.807

7.1	ACOMPANAMIENTO SOCIAL DURANTE TODA LA OBRA	GL	1,25	\$	1.287.450	1.609.313	1,25	\$	1.609.313	1.25	1.609.313	100%
	COSTO TOTAL					33.430.663			33.430.663		16.050.803	
	COSTO DIRECTO					25.529.334			25.529.334		12.257.200	
	ADMINISTRACION			20%	5.105.867	2.451.440			2.451.440		2.451.440	
	IMPREVISTOS			5%	1.276.467	612.860			612.860		612.860	
	UTILIDADES			5%	1.276.467	612.860			612.860		612.860	
	IVA/UTILIDADES			19%	242.529	116.443			116.443		116.443	
	TOTAL				33.430.663	16.050.903			16.050.903		16.050.803	
	TOTAL OBRA 1 Y 2					36.896.610			36.896.610			

RESUMEN DEL CONTRATO	
VALOR DEL CONTRATO	58.722.115
VALOR ACTA OBRA 1	20.845.807
VALOR ACTA OBRA 2	16.050.803
VALOR TOTAL ACTA 1	36.896.610
VALOR POR EJECUTAR	21.825.506
SUMAS IGUALES	58.722.115
RESUMEN DEL ANTICIPO	
EL PRESENTE CONTRATO NO TUVO ANTICIPO	



GERARDO A. RAMIREZ GOMEZ
INTERVENTOR



GERARDO A. RAMIREZ GOMEZ
S.L.ORM CONSTRUCCIONES S.A.S.

CONTRATO No	0140/2017	OBJETO	ORM CONSTRUCCIONES S.A.S.				INTERVENIOR	GERARDO A. RAMIREZ GOMEZ			
			REPOSICION TUBERIA DE ACUEDUCTO EN LA CARRERA 9 CON CALLES 5 Y 6 EN EL MUNICIPIO DE SALAMINA CALDAS								
			REPOSICION TUBERIA DE ACUEDUCTO EN LA CARRERA 9 CON CALLES 5 Y 6 EN EL MUNICIPIO DE SALAMINA CALDAS								
			LOCALIZACION Y REPLANTEO (INCLuye plano record)								
ITEM	FECHA	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD	UNIDAD	MI	VALOR UNITARIO	OBERVACIONES
	19/05/2017	32,1	-	-	-	-	32,1	ACTA 1	32,1	85,4	CALLE 5
	19/05/2017	53,3	-	-	-	-	53,3	ACTA 1	85,4	85,4	CALLE 6
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	85,4	85,4	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	85,4	85,4	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	85,4	85,4	
ITEM	FECHA	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD	UNIDAD	MI	VALOR UNITARIO	OBERVACIONES
Carraamiento con bombones y cinta plastica											
	19/06/2017	32,0	-	-	-	-	32,0	ACTA 1	32,0	89,9	CALLE 5
	19/06/2017	57,9	-	-	-	-	57,9	ACTA 1	89,9	89,9	CALLE 6
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	89,9	89,9	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	89,9	89,9	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	89,9	89,9	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	89,9	89,9	
ITEM	FECHA	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD	UNIDAD	MI	VALOR UNITARIO	OBERVACIONES
Señal preventiva y reglamentaria											
	19/06/2017	2,0	-	-	-	-	2,0	ACTA 1	2,0	4,0	CALLE 5
	19/06/2017	2,0	-	-	-	-	2,0	ACTA 1	4,0	4,0	CALLE 6
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	4,0	4,0	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	4,0	4,0	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	4,0	4,0	
ITEM	FECHA	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD	UNIDAD	M3	VALOR UNITARIO	OBERVACIONES
Instalacion valla institucional 2x4											
	19/05/2017	1,0	-	-	-	-	1,0	ACTA 1	1,0	1,0	UBICADA EN LA CRA 5, CON CALLE 9
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	1,0	1,0	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	1,0	1,0	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	1,0	1,0	
		-	-	-	-	-	-	ACTA 1	1,0	1,0	

ITEM	FECHA	Instalación de acamietadas de 1/2" desde el tubo madre hasta el medidor					UNIDAD	M3 ACUMULADO	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
		LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN			
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	1.0	1.0 calle 5 # 1-16	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	2.0	2.0 calle 5 # 1-18	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	3.0	3.0 calle 5 # 2-20	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	4.0	4.0 calle 5 # 2-22	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	5.0	5.0 calle 5 # 2-07	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	6.0	6.0 calle 6 # 2-10	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	7.0	7.0 calle 6 # 2-11	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	8.0	8.0 calle 6 # 2-34	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	9.0	9.0 calle 6 # 2-40	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	10.0	10.0 calle 6 # 2-31	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	11.0	11.0 calle 6 # 2-46	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	12.0	12.0 calle 6 # 2-25	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	13.0	13.0 calle 6 # 2-83	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	5.0	5.0 calle 6 # 2-81	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	-	14.0		
ITEM		Instalación de valvulas					UNIDAD	M3	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
FECHA	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD	ACUMULADO		
	24/06/2017	1.0	-	-	-	1.0	1.0	1.0 CALLE 5	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	1.0	2.0	2.0 CALLE 6	
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		
ITEM		Cajas para valvulas de 0,80*0,80 por ls con tapa					UNIDAD	M3	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
FECHA	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD	ACUMULADO		
	25/06/2017	1.0	-	-	-	1.0	1.0	1.0 CALLE 5	
	26/06/2017	1.0	-	-	-	1.0	2.0	2.0 CALLE 6	
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		
ITEM		Empalme a tubería existente					UNIDAD	M3	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
FECHA	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD	ACUMULADO		
	24/06/2017	1.0	-	-	-	1.0	1.0	1.0 CALLE 5	
	24/06/2017	1.0	-	-	-	1.0	2.0	2.0 CALLE 6	
		-	-	-	-	-	2.0		
		-	-	-	-	-	2.0		

ITEM FECHA	Arena para base y otreaque					UNIDAD	MT	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN			
23/06/2017	32,1	-	-	0,0023	(0,1)	-	0,1	CALLE 5
24/06/2017	32,1	0,7	0,09	-	2,0	-	1,9	CALLE 5
24/06/2017	53,3	0,7	0,1	-	8,4	-	5,3	CALLE 6
24/06/2017	53,3	-	-	0,0033	(0,1)	-	5,1	CALLE 6
	-	-	-	-	-	-	5,1	
					ACTA 1		5,1	
ITEM FECHA	Lleno compactado con material de la obra					UNIDAD	R2	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD			
24/06/2017	74,7	-	-	-	-	74,7	74,7	EXCAVACION
	(5,1)	-	-	-	-	(5,1)	69,5	ARENA
	(26,1)	-	-	-	-	(26,1)	43,4	AFIRMADO
	-	-	-	-	-	-	43,4	
	-	-	-	-	-	-	43,4	
					ACTA 1		43,4	
ITEM FECHA	sub base para pavimento en 25 cms					UNIDAD	M3	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD			
26/06/2017	32,1	0,7	0,2	-	4,5	-	4,5	CALLE 5
26/06/2017	4,2	0,6	0,2	-	0,5	-	5,0	CALLE 6 CRA 9 RD-4.2 AL RD-4.2
26/06/2017	3,1	0,9	0,2	-	0,6	-	5,6	CALLE 6 CRA 9 RD-4.2 AL RD-7,1
27/06/2017	46,0	2,1	0,2	-	19,7	-	25,3	CALLE 6 CRA 9 RD-7,1 AL RD-53,3
27/06/2017	2,1	2,0	0,2	-	0,9	-	26,1	PARA EL LAVADO
					ACTA 1		26,1	
ITEM FECHA	concreto para pavimento MR-42 mpa					UNIDAD	M3	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD			
24/06/2017	32,1	0,7	0,1	-	4,5	-	4,5	CALLE 5
	-	-	-	-	-	-	4,5	
	-	-	-	-	-	-	4,5	
					ACTA 1		4,5	
ITEM FECHA	Acompañamiento social durante toda la obra					UNIDAD	#REF	VALOR UNITARIO OBSERVACIONES
LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD			
19/06/2017	1,25	-	-	-	-	1,25	1,3	Crs 9 calles 6 y 7
							1,3	
							1,3	
					ACTA 1		1,3	
					ACTA 1		-	

ITEM	LLENO COMPACTADO CON MATERIAL DE OBRA						UNIDAD	M ³	VALOR UNITARIO
	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD			
15/06/2017	228.00	-	-	-	228.0	-	-	-	excavacion
26/06/2017	-19.97	-	-	-	(19.9)	-	-	-	arena
27/06/2017	600.00	-	-	10.00	(3.2)	-	-	-	volumen del tubo
					204.8	-	-	-	
					-	-	-	-	
					-	-	-	256.3	
					-	-	-	01	
					-	-	-	-	
ITEM	ACOMPANAMIENTO SOCIAL DURANTE TODA LA OBRA						UNIDAD	ACUMULADO	VALOR UNITARIO
FECHA	LARGO	ANCHO	ALTO	AREA	VOLUMEN	LONGITUD			
19/05/2017	1.25	-	-	-	-	1.25	1.3	-	Total de la obra en el sector de la gregoria
							1.3	-	
							1.3	-	
							1.3	-	
							1.25	-	

Contrato: 094318086
 Empresa: ORM CONSTRUCCIONES E

Documento: N900018460

Documento	Nombre afiliado	Inicio vigencia	Fecha proceso	Fuente ingreso	Retiro pend.	Tipo af.	Tele trabajo
Sucursal: 1 - ORM CONSTRUCCIONES SAS							
Centro de trabajo: 0000000001 - OBRAS							
C4557683	ALZATE LONDOÑO BERNARDO	N. EPS Colp	12-06-2017	11-06-2017	INTERNET	NO DEP	N LR
C15962877	CORRALES URIBE RODOLFO	N. EPS Porv.	12-06-2017	11-06-2017	INTERNET	NO DEP	N LR
C10182088	GARCIA GONZALEZ RODRIGO	stat Porv	12-06-2017	11-06-2017	INTERNET	NO DEP	N bon banco
C16138868	VASQUEZ ALZATE JORGE ALONSO	Neps Proh	12-06-2017	11-06-2017	INTERNET	NO DEP	N LR
C1059811175	OCAMPO ARROYAVE ROBINSON	N. EPS Porv.	12-06-2017	11-06-2017	INTERNET	NO DEP	N LR
C15955926	RAMIREZ ARBOLEDA JOSE GABRIEL	Cafes Porv	12-06-2017	11-06-2017	INTERNET	NO DEP	N LR
C15962501	GIL PINEDA ALEXANDER	Coom Porv.	12-06-2017	11-06-2017	INTERNET	NO DEP	N LR

Total CT: 7

Total Ingresos: 7

Rodrigo :
 BDUN → Act stat 08/02.
 Ruat → stat Porv.

Escaneado
 Entregado
 ELL

NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/06/2017, el empleador ORM CONSTRUCCIONES EU identificado con NIT número 900018460 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
849570	13/06/2017	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1059811175	ROBINSON OCAMPO ARROYAVE	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-12
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4557683	BERNARDO ALZATE LONDOÑO	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-12
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15962877	RODOLFO CORRALES URIBE	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-12

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio del año 2017.

Cordialmente,



ALBERTO REMOLINA PARRA
Coordinador de Afiliaciones
Gerencia Nacional de Afiliaciones

Handwritten notes and stamps at the bottom of the page, including a date stamp '01-06-17' and other illegible markings.



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **BERNARDO ALZATE LONDOÑO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **4557683**, se encuentra afiliado (a) desde **06/07/1977** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO NO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de junio de 2017.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/06/2017, el empleador ORM CONSTRUCCIONES EU identificado con NIT número 900018460 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
849570	13/06/2017	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	BC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1059811175	ROBINSON OCAMPO ARROYAVE	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-12
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4557683	BERNARDO ALZATE LONDOÑO	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-12
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15962877	RODOLFO CORRALES URIBE	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-12

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio del año 2017.

Cordialmente,



ALBERTO REMOLINA PARRA

Coordinador de Afiliaciones

Gerencia Nacional de Afiliaciones



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RODOLFO CORRALES URIBE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 15,962,877, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio de 2017.

Gerente de Clientes

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicación
4000791628

Fecha de Radicación
13/06/2017

ASOCIACIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y GARANTÍAS

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres GARCIA Primer apellido	GONZALEZ Segundo apellido	RODRIGO Primer nombre	Segundo nombre
7. Tipo documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 10162088	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 08/03/1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Datos personales Etnia <input type="text"/>		12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBEN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 377717
18. Residencia Cl. 45 10 10 Dirección MANIZALES Municipio/Distrito		3148765416 Teléfono celular	GESTIONESYSERVICIOSMZLES@GMAIL.COM Correo electrónico CALDAS Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	23. Fecha de nacimiento

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

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

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

32. Datos de residencia		33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
Municipio/Distrito	Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C. UAB PALMAS CARRERA 25 - UOB PALMAS CARRERA 23		Codigo de la IPS (a registrar por la EPS) STPALMAS - UOBPALMAS	
B			
B			
B			

35. Nombre o razón social GRM CONSTRUCCIONES EU		36. Tipo de identificación MIT	37. Numero de documento de identificación 90016400	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01
39. Ubicación Cl. 53 355 Dirección	3777083 Teléfono	MMCR1973@HOTMAIL.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/Distrito	CALDAS Departamento



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RODRIGO GARCIA GONZALEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 10,182,088, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio de 2017.

Gerente de Clientes

Presencia para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado*



01 8 7715665 *



* 0101960925 *

Leer atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

ANTES DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACION B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACION: A. Individual B. Colectiva C. Institucional D. De oficio

3. RÉGIMEN: C. Contributivo S. Subsidiado

4. TIPO DE AFILIADO: CC. Dependiente CP. Cabeza de Familia BE. Beneficiario

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

6. CÓDIGO: _____

7. FECHA DE LA SOLICITUD: DIA _____ MES _____ AÑO _____

8. APLICACION: A. VÍCIOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

9. VÍCIOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia):

10. VÍCIOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del beneficiario):

11. NOMBRES Y NOMBRES COMPLETOS: VASQUEZ (Apellido), Olzate (Segundo Apellido), Jorge (Primer Nombre), Alonso (Segundo Nombre)

12. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: R.C. C.C. C.E. P.A. C.D. B.C.

13. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 16138868

14. SEXO: M F

15. FECHA NACIMIENTO: 24 02 1973

16. NOMBRES COMPLEMENTARIOS: _____

17. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL: _____

18. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Sina

19. ADMINISTRADORA DE PENSIONES: Calicut

20. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Calle 4-74

21. ZONA: U. R.

22. LOCALIDAD / COMUNA: _____

23. DEPARTAMENTO: Calicut

24. TELEFONO FIJO: 3108299847

25. TELEFONO MOVIL: _____

26. CODIGO ELECTRONICO: _____

27. CODIGO IPS: _____

28. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

29. NOMBRES Y NOMBRES COMPLETOS: _____

30. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

31. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

32. SEXO: _____

33. FECHA NACIMIENTO: _____

34. CÓDIGO IPS: _____

35. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

35. NOMBRES Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	38. SEXO		39. FECHA DE NACIMIENTO		40. PARENTESCO	41. ETNIA	42. SITUACIONES	
			M	F	DD	MM			AAAA	Tipos

43. DATOS DE RESERVA: _____

44. VALOR EPS AFILIADO ADICIONAL (No diligenciar si no aplica): _____

45. Nombre y código de la EPS: _____

46. Nivel de riesgo: _____

47. Tipo de afiliación: _____

48. Tipo de afiliado o pagador de pensiones: OREM Construcciones

49. Tipo documento de identidad: C.C. P.A. C.D. B.C.

50. Número documento de identidad: 900018460

51. Ubicación o dirección: Calle 23-25-61

52. Teléfono fijo: _____

53. Teléfono móvil: _____

54. Código electrónico: _____

55. Fecha inicio de relación laboral: 12 06 2017

56. Cargo: ayudante

57. Salario: \$37717

58. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD: _____

60. IDENTIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN:

61. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN:

62. ACTIVACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

63. ACTUALIZACIÓN O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS:

64. TEMPORALIZACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN LA EPS:

65. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES:

66. FIN DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR:

67. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA COTIZAR:

68. REINTEGRACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS:

69. REINTEGRACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS:

70. MOVILIDAD:

71. AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:

72. AL RÉGIMEN SUBSIDIADO:

73. TRASLADO:

74. MISMO RÉGIMEN:

75. DIFERENTE RÉGIMEN:

76. REPORTE DE PULCRIFICACIÓN:

77. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL COEANTE:

78. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO:

79. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO:

80. DATOS PARA EL REPORTE DE LA UNIDAD

81. NOMBRES Y NOMBRES COMPLETOS: _____

82. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

83. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

84. SEXO: _____

85. FECHA NACIMIENTO: _____

86. MOTIVO DE TRASLADO: _____

87. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES: _____

88. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

89. Declaración de veracidad: Declaro que como con EPS) Señala(s) _____

90. Dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

91. Declaración de no obligación de cotizar al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: _____

92. Declaración de existencia de licencias de trabajo o de otros trabajos que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario. Anexo reporte de la licencia: _____

93. Declaración de no inscripción del censante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud: _____

94. 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: _____

95. 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 afiliados y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieren: _____

96. Autorización para que la EPS informe los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, en acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1237 de 2013: _____

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

98. Firma y sello del afiliado, beneficiario o afiliado responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: *Jorge Alonso Vasquez*

99. Firma y sello del empleador, gerente o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: _____

Protección

Pensiones y Cesantías

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VASQUEZ ALZATE JORGE ALONSO** identificado(a) con CC número **16.138.868** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 24 de abril de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de junio de 2017.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
Protección S.A.

***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 clientes@proteccion.com.co

2017061309595

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CEGANTIAS

CERTIFICA QUE:

El 13/06/2017, el empleador ORM CONSTRUCCIONES EU identificado con NIT número 900018460 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
849570	13/06/2017	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1059811175	ROBINSON OCAMPO ARROYAVE	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-12
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4557883	BERNARDO ALZATE LONDOÑO	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-08-12
CÉDULA DE CIUDADANÍA	15962877	RODOLFO CORRALES URIBE	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-12

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio del año 2017.

Cordialmente,



ALBERTO REMOLINA PARRA

Coordinador de Afiliaciones

Gerencia Nacional de Afiliaciones



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ROBINSON OCAMPO ARROYAVE**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,059,811,175, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio de 2017.

Gerente de Clientes

Encuentra las instrucciones de diligenciamiento en www.cafesalud.com.co

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: <u>Franca</u>		7. Tipo documento de identidad: <u>CC</u>		8. Número del documento de identidad: <u>19455928</u>		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento: <u>21/01/1958</u>	
--	--	---	--	---	--	--	--	--	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo <u>(F/N/M)</u> Condición <u>(T/P)</u>		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
15. Administrador de Regímenes Laborales - ARL: <u>SURA</u>		16. Administradora de Pensiones: <u>Parvair</u>		17. Ingreso base de cotización - IBC: <u>1200000</u>			
18. Residencia: <u>Cl 3 4-66</u>		Teléfono fijo: <u>3113095116</u>		Cargo electrónico: <u>Calderas</u>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

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

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo Condición	
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	

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: <u>GRM Construcciones E</u>		36. Tipo de documento de identificación		37. Número de documento de identificación: <u>402018480</u>		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación: <u>Cra 23 25-61</u>		Teléfono: <u>3110765415</u>		Correo electrónico:		Municipio/Distrito: <u>Manizales</u> Departamento: <u>Calderas</u>	



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE GABRIEL RAMIREZ ARBOLEDA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **15.955.928**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio de 2017.

Gerente de Clientes

Aceptación de Términos de la Afiliación Electrónica al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Yo Alexander Gil Pineda Con tipo y Número de Identificación 15962507 Expedida en Declaro que conozco y autorizo plenamente los términos y condiciones contenidos en el formulario de:

TIPO CONTRATO	FORMULARIO ELECTRÓNICO	FECHAS			
AFILIACIÓN	NÚMERO	Fecha de Digitado	DIA	MES	AÑO
INCLUSIÓN		Fecha de Radicación			
NOVEDAD		Fecha de Ingreso a la Empresa	12	06	2017

Si selecciona Afiliación (Diligente estos campos)

DATOS DE LA EMPRESA		TIPO SALARIO		SALARIO BASE
TIPO ID	NÚMERO (sin dígito de verificación)	FIJO		
	ORM Construcciones E	VARIABLE	\$	737777
	400070460	INTEGRAL		

Esta declaración la hago para los efectos consagrados en las normas que recogen la afiliación al sistema general de seguridad social en salud y expreso que conozco las consecuencias de suministrar información incorrecta o no verdadera. De igual forma declaro que he leído y aceptado toda la información registrada de forma electrónica por parte del asesor comercial relacionada con los datos de mi afiliación y/o de mi beneficiario (s), así como la consignada dentro del formulario de Estado de Salud mío y/o de mi beneficiario (s) en donde declaro no consumir medicamentos en forma permanente ni estar en tratamiento médico en curso.

Autorizo a COOMEVA EPS S.A, para que mediante mensajes de texto a celular y/o correo electrónico, me notifique sobre el resultado de algunas solicitudes adelantadas e información que considere pertinente en mi condición de afiliado a dicha entidad. (Marcar con una X)

Diligencia si es un Afiliado nuevo. Para dar cumplimiento a la CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA 016 emitida por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, se requiere responder el siguiente cuestionario:

PREGUNTAS		SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?			
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?			
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?			
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?			
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?			

Firma del Cotizante Declarante Alexander Gil Pineda

Firma y/o sello del Empleador [Firma]



Huella Índice
Derecho

Este documento debe ser entregado por el asesor comercial en un término de 24 horas en las instalaciones de COOMEVA EPS S.A. con sus documentos soporte de la afiliación.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ALEXANDER GIL PINEDA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **15.962.501**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio de 2017.

Gerente de Clientes

Medellin, 12 de Junio de 2017

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de ORM CONSTRUCCIONES E que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000001 - OBRAS, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin vigencia	Código de transacción	Fecha de proceso
C75031897	LUIS ALBERTO LOPEZ GRAJALES	13/08/2017	Cafes Colp	C38J2520	12/06/2017 17:14:35 L/No
C1058821414	SEBASTIAN GRAJALES AGUDELO	13/06/2017	Cafes Forv	*x40164	12/06/2017 17:16:03 L/No
C75074532	JOSE ALBEIRO ALVARAN ACEVEDO	13/06/2017	N.EPS Colp	42201412	12/06/2017 17:17:33 L/No
C75033622	RODRIGO BERMUDEZ LOAIZA	13/06/2017	Cafes Forv	*174CA238	12/06/2017 17:18:31 L/No
C75033671	RUBEN ANTONIO GONZALES VILLA	13/06/2017	N.EPS Forv	25023231	12/06/2017 17:19:48 L/No
C1002718126	HECTOR FABIO OSORIO MORALES	13/06/2017	Cafes Colp	*1842432	12/06/2017 17:20:33 L/No

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

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

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

Dirección IP: 190.249.218.118, 172.16.42.236



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Encuentra las instrucciones de diligenciamiento en www.cafesalud.com.co

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: Lopez Segundo apellido: Gejales		7. Tipo de documento de identidad CC		8. Número del documento de identidad 75031897		9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		10. Fecha de nacimiento 02/07/1963	
--	--	---	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P		13. Puntaje SISEN		14. Grupo de población especial	
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL SURA		16. Administradora de Pensiones Colpensiones		17. Ingreso base de cotización - BC 15777			
18. Residencia Vereda la gregoria		Teléfono fijo 3133092572		Correo electrónico caldas			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

29. Patológicos		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P		32. Datos de residencia Municipio/Ciudad 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											

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 ORM Construcciones E		36. Tipo de documento de identificación		37. Número de documento de identificación 900218460		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Cra 13 25 61 Dirección		Teléfono 3140765405		Correo electrónico		Municipios Caldas	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LUIS ALBERTO LOPEZ GRAJALES** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **75031897**, se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2002** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **INACTIVO**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de junio de 2017.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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.

(Lee las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación, B. Reporte de novedades. 2. Tipo de Afiliación: A. Individual, B. Colectiva, C. Institucional, D. De oficio. 3. Régimen: A. Contributivo, B. Subsistido. 4. Tipo de afiliado: A. Cobrador, B. Cabeza de familia, C. Beneficiario. 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente, B. Independiente, C. Pensionado. Código de registro por la EPS: 00000000000000000000

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

6. Apellidos y nombres: Agudelo, Sebastián. 7. Tipo documento de identidad: CC, Número del documento de identidad: 10355821414. 8. Sexo: Masculino. 9. Fecha de nacimiento: 05/04/1998.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Correo: [blank]. 12. Discapacidad: Tipo F, Condición TP. 13. Puntaje GDS-CC: [blank]. 14. Grupo de población especial: [blank]. 15. Administración de Riesgos Laborales - ARL: Surja. 16. Administración de Pensiones: Forreum. 17. Responsabilidad de población - IBC: [blank]. 18. Residencia: Calle La Esperanza, Barrio Peño, Municipio Dagua. Teléfono fijo: 311-425511, Celular: [blank]. Correo electrónico: [blank].

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres: Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre. 20. Tipo de documento de identidad: [blank]. 21. Número del documento de identidad: [blank]. 22. Sexo: [blank]. 23. Fecha de nacimiento: [blank].

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

24. Apellidos y nombres: Tabla with columns for First and Second Surname, First Name, and Second Name. Rows 01-05. 25. Tipo de documento de identidad: [blank]. 26. Número del documento de identidad: [blank]. 27. Sexo: [blank]. 28. Fecha de nacimiento: [blank].

Datos complementarios

29. Pensión: [blank]. 30. Etnia: [blank]. 31. Discapacidad: Tipo [blank], Condición [blank]. 32. Datos de residencia: Municipio Dagua, Zona Urbana, Departamento [blank], Teléfono fijo y/o celular [blank]. 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (si registra por la EPS): [blank].

Selección de la EPS Primaria

34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: [blank]

35. Tipo de documento de identificación: [blank]. 36. Número del documento de identificación: [blank]. 37. Nombre y apellido del representante: [blank]. 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (si registra por la EPS): [blank].

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

39. Nombre de la entidad: [blank]. 40. Tipo de documento de identificación: [blank]. 41. Número del documento de identificación: [blank]. 42. Fecha de nacimiento: [blank].

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. 6. Reinscripción en la EPS. 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo, B. Régimen Subsistido. 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 documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento. 42. EPS anterior: [blank]. 43. Motivo de traslado: [blank]. 44. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: [blank].

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

45. Cederación de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. 46. Declaración de la no objeción de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.

INDICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL EJE CAFETERO AGENTE COMERCIAL SOLUCIONES EFECTIVAS S.A.S. MARIA EUGENIA IBARRAGA QUINTERO C.C. 30310841



Fondo de Pensiones Obligatorias
Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. NIT 800.144.331-3

N° 18886045



1 8 8 8 6 0 4 5

N° de Documento de Identidad: Ciudad: Fecha de Solicitud de Afiliación:

1. Tipo de Vinculación

<p>Vinculación Inicial Marque con X, si el solicitante va a cotizar por primera vez y no ha estado afiliado nunca a una AFP, ISS o Caja y desea vincularse a Porvenir Pensiones Obligatorias.</p>	<p>Traslado de AFP (Permanencia mínima de 5 meses en otra AFP) Pensiones Obligatorias Entidad Origen Traslado: <input type="text"/> Pensión Familiar</p>	<p>Traslado de Régimen (Marque con X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, el ISS o cajas durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir) Entidad Origen del Traslado: <input type="text"/> Pensión Familiar</p>
--	---	---

2. Datos Básicos

Tipo de Documento: TI CE PAS RC CD N° de Documento de Identidad: Fecha de Expedición del Documento de Identidad: Lugar de Expedición: Género: M F Es Pensionado (jubilado): SI NO

Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento: Nacionalidad: Colombiana Otra ¿Cuál?

3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Barrio: Ciudad/Municipio:

Departamento: N° de Teléfono Fijo: N° de Teléfono Celular: Autorización de Envío de Información a Tráves de Medios Electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail):

4. Datos Empleador e información del Vínculo Laboral

Tipo de Documento: NIT C.C. C.E. PAS T.I. N° de Documento de Identidad: Nombre y/o Razón Social: Ciudad: Departamento:

Ocupación o Cargo Actual: Salario o Ingreso Mensual: \$ Salario Integral: \$

Envío de Notificación: Sucursal Principal: Sucursal Ciudad: Tipo de Trabajador: Independiente Contratista Dependiente Independiente Voluntario

5. Datos Beneficiarios

Nombre y Apellido: Tipo de documento: N° de Documento de Identidad: Fecha de Nacimiento: Parentesco:

6. Clientes Considerados PEP'S

¿Usted Maneja Fondos Públicos? SI NO ¿Es Reconocido Públicamente? SI NO Si es reconocido públicamente indique en cuál actividad:

7. Derecho a Bono Pensional

Tengo derecho al Bono Pensional porque antes de mi vinculación a Porvenir S.A. Estuve afiliado al ISS, a una Caja o Fondo Prestacional y cotice 150 semanas. SI NO

8. Régimen de Transición e Información del Producto

Importante: Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el producto ofrecido, conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de traslado al régimen de ahorro individual por medio de la vinculación al Fondo de Pensiones Obligatorias de Porvenir S.A. particularmente en lo que tiene que ver con el régimen de transición establecido en la ley. Así mismo fui informado del derecho que me asiste de retractarme de mi decisión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la presente solicitud.

Anexe la fotocopia de su documento de identidad ampliada al 150%.

Si usted es independiente adjunte la documentación correspondiente.

Autorización Tratamiento Datos Personales

‘Ley de Protección de Datos 1581 de 2012 - Decreto 1377 de 2013’

1. DECLARACIONES. Declaro que he sido informado: (i.) Que la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., NIT. 800.144.331-3, en adelante PORVENIR, co domicilio principal en la Carrera 13 No. 26 A - 85 de Bogotá, para efectos de lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y demás normas que lo adicionen o modifique relativas a la Protección de Datos Personales, es responsable del tratamiento de los datos personales que le he suministrado. (ii.) Que para el ejercicio de mis derechos relacionados con mis datos personales, PORVENIR ha puesto a mi disposición la Línea de Servicio al Cliente: 01 8000 51 0900; a través del correo electrónico porvenirencontacto@porvenir.com.co; la Defensoría del Consumidor Financiero secretaria@defensoriadelconsumidorafp.org.co. En todo caso, he sido informado que solo podrá elevar queja por infracciones a lo dispuesto en las normas sobre Protección de Datos ante la Superintendencia de Industria y Comercio una vez haya agotado el trámite de consulta o reclamo ante PORVENIR o sus encargados. Conozco que la normalidad de Protección de Datos Personales tiene por objeto el desarrollo del derecho constitucional de todas las personas a conocer, actualizar y rectificar de forma gratuita la información que se recaude sobre ellas en bases de datos o archivos, y los derechos libertades y garantías a los que se refieren el artículo 15 y 20 de la Constitución Política de Colombia. En desarrollo de lo anterior, he sido informado acerca de mis derechos frente al tratamiento de mis datos personales, incluyendo de manera sucintiva los de: (i.) Conocer el uso que se le dará a los mismos. (ii.) Solicitar prueba de la autorización otorgada a PORVENIR salvo cuando sea de carácter legal. (iii.) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. (iv.) Conocer el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando versen sobre datos sensibles, entendidos éstos como aquellos que afecten la intimidad del titular o cuyo uso indebido pueda generar discriminación o, sobre los datos de los niños, niñas y adolescentes. Todo lo anterior consta en las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de PORVENIR, las cuales se encuentran disponibles en la página de internet de PORVENIR: www.porvenir.com.co.

2. AUTORIZACIONES. Autorizo a PORVENIR y a su matriz filiales, subsidiarias, a las filiales y subsidiarias de sus matrices, a ASOFONDOS y a las demás personas que se mencionan

NUEVA EPS S.A
 NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/06/2017, el empleador ORM CONSTRUCCIONES EU identificado con NIT número 900018460 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
849738	13/06/2017	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	75074532	JOSE ALBEIRO ALVARAN ACEVEDO	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-13
CÉDULA DE CIUDADANÍA	75033671	RUBEN ANTONIO GONZALEZ VILLA	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio del año 2017.

Cordialmente,



ALBERTO REMOLINA PARRA
 Coordinador de Afiliaciones
 Gerencia Nacional de Afiliaciones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JOSE ALBEIRO ALVARAN ACEVEDO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **75074532**, se encuentra afiliado (a) desde **17/06/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO NO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de junio de 2017.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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.

Encuentra las instrucciones de diligenciamiento en www.cafesalud.com.co

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

8. Apellidos y nombres		9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Primer apellido: <u>Bruno</u>		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		Fecha: <u>01/07/1973</u>	
7. Tipo documento de identidad		11. Número del documento de identidad		12. Segundo nombre	
Tipo: <u>CC</u>		Número: <u>75039622</u>		Segundo nombre: <u>Rodrigo</u>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Cines		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
Tipo: <u>P</u> <u>N</u> <u>M</u>		Condición: <u>T</u> <u>P</u>					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
ARL: <u>SURA</u>		Pensiones: <u>Porvenir</u>		IBC: <u>73777</u>			
18. Residencia		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	
Dirección: <u>Vereda la gregoria</u>		Teléfono fijo: <u>3106234640</u>		Teléfono celular:		Correo electrónico: <u>caldos</u>	
Municipio/Distrito		Zona		Localidad/Comuna		Departamento	
		<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural				<u>Caldos</u>	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres		20. Tipo de documento de identidad		21. Número del documento de identidad		22. Sexo		23. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Fecha	
								D D M M A A A A	

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Fecha	
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. Particular		30. Cines		31. Discapacidad		32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
		Tipo		Condición			
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
33. Datos de residencia		34. Teléfono fijo y/o celular		35. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Municipio/Distrito		Zona		Departamento		Teléfono fijo y/o celular	
		<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural					
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			
A			
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 de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
OAM Construcciones E				900019760		Aportante	
39. Ubicación		Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito	
Cra 23 25-61		3108765415				Calidos	
Dirección						Departamento	



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RODRIGO BERMUDEZ LOAIZA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **75,033,622**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio de 2017.

Gerente de Clientes

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 13/06/2017, el empleador ORM CONSTRUCCIONES EU identificado con NIT número 900018460 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
849738	13/06/2017	Reingresos

DETALLE

TIPO IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	BC	CARGO	FECHA REINGRESO
CÉDULA DE CIUDADANÍA	75074532	JOSE ALBEIRO ALVARAN ACEVEDO	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-13
CÉDULA DE CIUDADANÍA	75033671	RUBEN ANTONIO GONZALEZ VILLA	737717	AYUDANTE DE CONSTRUCCION	2017-06-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio del año 2017.

Cordialmente,



ALBERTO REMOLINA PARRA

Coordinador de Afiliaciones

Gerencia Nacional de Afiliaciones



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **RUBEN ANTONIO GONZALEZ VILLA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 75,033,671, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Junio de 2017.

Gerente de Clientes

Encuentra las instrucciones de diligenciamiento en www.cafesalud.com.co

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

8. Apellidos y nombres		9. Tipo documento de identidad		3. Número del documento de identidad		6. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Primer apellido: Osorio		CC		1002110126		Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		08/12/1985	
Segundo apellido: Marques									
Primer nombre: Hector									
Segundo nombre: Fabio									

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN		14. Grupo de población especial	
		Tipo: FINM Condición: TIP					
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones		17. Ingreso base de cotización - IBC			
SURA		Colpandinos		3135744007		137777	
18. Residencia		Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	
Municipio/Distrito		Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Localidad/Comuna		Caldas Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

Datos complementarios

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

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

36. Nombre o razón social		37. Tipo de documento de identificación		37. Número de documento de identificación		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
ORM Construcciones E				900019460			
39. Ubicación		39. Teléfono		Correo electrónico		Municipio/Distrito	
Cra 23 35-61		3148765415				Caldas	

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) HECTOR FABIO OSORIO MORALES, identificado(a) con C.C 1.002.718.126, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a la fecha 13 de junio de 2017.

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

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail serviciocliente@colfondos.com.co



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