



Ibagué, 21 de marzo de 2017

Señores
Comité Evaluador
IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL
Ciudad

CORRESPONDENCIA RECIBIDA
SECRETARÍA GENERAL
IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL

INDICACIONES
FECHA: mar-22-17 10:37am
RADICACION: Jocklycc

Ref. Invitación No.032 de 2017 – Contratar un intermediario de seguros para que preste sus servicios profesionales de asesoría en el manejo del programa de seguros, destinado a proteger los bienes e intereses patrimoniales y personal del IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL.

Respetados señores,

De acuerdo con el acta de evaluación de las propuestas publicado el 21 de marzo y encontrándonos dentro del término de un (1) día hábil, nos permitimos subsanar los siguientes puntos:

1. Adjuntamos la certificación del representante legal donde certifica que ha cumplido con lo establecido en artículo 50 de la ley de 789 de 2002 y en el artículo 23 de la Ley 1150 a la fecha de cierre de la invitación.
2. Igualmente anexamos planilla integrada de autoliquidación de aportes que han realizado los integrantes del equipo de trabajo.
3. Adjuntamos el recibo de pago de la póliza de seriedad de la oferta.

Estamos seguros de haber cumplido con los requerimientos del Comité evaluador.

Cordial saludo,


Flaminio Cervera García
Representante Legal

Carrera 3 No. 9-55 Oficina 306A
Edificio Plaza de Bolívar
TELEFAX: - 261 25 71
Ibagué – Tolima



CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y ARTÍCULO 23 DE LA LEY 1150 DE 2007

Yo, Flaminio Cervera García, identificado con Cédula de ciudadanía No. 5.841.307 de Anzoátegui, en mi calidad de Representante Legal de Reacción un mundo de seguros y Cía. Ltda. Con NIT No.809.006.824 – 4 (en adelante "**la empresa**"), certifico bajo la gravedad de juramento que **la empresa** ha cumplido, a la fecha cierre de la presente invitación, con lo establecido en el artículo 50 de la ley de 789 de 2002 y en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Ibagué, 13 de marzo de 2017.

Flaminio Cervera García
Identificación No. 5.841.307 de Anzoátegui
Representante Legal
de Reacción Un mundo de seguros y Cía. Ltda.

Carrera 3 No. 9-55 Oficina 306A
Edificio Plaza de Bolívar
TELEFAX: - 2616283
Ibagué – Tolima

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 03/21/2017 20:33:21
Estación de origen: 181.53.48.223

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	65785061
NOMBRES	ANDREA MAGNOLIA
APELLIDOS	ESCOBAR FORERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	01/03/2010	31/12/2999	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 03/21/2017 20:31:41
Estación de origen: 181.53.48.223

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	65782871
NOMBRES	LEIDY MAGALY
APELLIDOS	HUERTAS DEVIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAFESALUD E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 03/21/2017 20:35:13
Estación de origen: 181.53.48.223

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	65773719
NOMBRES	YADY MILENA
APELLIDOS	NUÑEZ RIOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2009	31/12/2999	COTIZANTE

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDU, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDU. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDU.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDU.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud - FOSYGA

Información de Afiliados en la base de datos unica de afiliación al Sistema de Seguridad Social

Resultados de la consulta

Fecha de proceso: 03/21/2017 20:34:21
Estación de origen: 181.53.48.223

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	11311321
NOMBRES	NEISER CAMILO
APELLIDOS	ANDRADE HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	IBAGUE

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	01/05/2000	31/12/2999	BENEFICIARIO

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en la página del FOSYGA, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente al FOSYGA, conforme lo establece la normatividad vigente.

CIUDAD DE EXPEDICIÓN IBAGUE			SUCURSAL IBAGUE			COD.SUC 25		NO.PÓLIZA 25-45-101024030		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS 00:00	
10 03 2017			16 03 2017			02 07 2017		TIPO MOVIMIENTO ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA			

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA. LTDA.		IDENTIFICACIÓN NIT: 809.006.824-4	
DIRECCIÓN: CR 3 NRO. 9 - 55 OF 306 A		CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	
		TELÉFONO: 2612571	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. ESP OFICIAL		IDENTIFICACIÓN NIT: 800.089.809-6	
DIRECCIÓN: KR 3 NRO. 1 - 04		CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA	
		TELÉFONO 2611298	
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-027A 30-06-2009, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALDR ASEGURADD SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIO DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA INVITACION NO 032 CUYO OBJETO: CONTRATAR UN INTERMEDIARIO DE SEGUROS PARA QUE PRESTE SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORIAS EN EL MANEJO DE PROGRAMAS DE SEGUROS, DESTINADOS A PROTEGER LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES Y PERSONALES DEL IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASBG/ACTUAL SUMA ASEG/ANTERIOR
SERIEDAD DE LA OFERTA	16/03/2017	02/07/2017	\$6,239,941.50

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
PAGADO
22 MAR. 2017

FECHA ADJUDICACIÓN : 17/03/2017

OBSERVACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTA ANEXO SE MODIFICA LA VIGENCIA DE ACUERDD ADENDA NO 1 DEL 09/03/2017

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ *****22,775.00	\$ *****7,000.00	\$ *****5,657.00	\$ *****35,433.00	\$ *****6,239,941.50	16 / 03 / 2017
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA	112277	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.
EL VALOR DE LA PRIMA DEBERA PAGARSE DENTRO DE LA FECHA LIMITE DE PAGO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

Manuel Sarmiento

25-45-101024030

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

[Firma Tomador]

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO PARTICULAR

EMPRESAS DE SERVICIOS PUBLICOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN IBAGUE			SUCURSAL IBAGUE			COD.SUC 25		NO.PÓLIZA 25-45-101024030		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 08 03 2017			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 11 03 2017			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 27 06 2017		A LAS HORAS 00:00	
										TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA. LTDA. IDENTIFICACIÓN NIT: 809.006.824-4

DIRECCIÓN: CR 3 NRO. 9 - 55 OF 306 A CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA TELÉFONO: 2612571

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: EMPRESA IBAGUERENA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.A. ESP OFICIAL IDENTIFICACIÓN NIT: 800.089.809-6

DIRECCIÓN: KR 3 NRO. 1 - 04 CIUDAD: IBAGUE, TOLIMA TELÉFONO: 2611298

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-CU-027A 30-06-2009, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL PAGO DE LOS PERJUICIO DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA INVITACION NO 032 CUYO OBJETO: CONTRATAR UN INTERMEDIARIO DE SEGUROS PARA QUE PRESTE SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE ASESORIAS EN EL MANEJO DE PROGRAMAS DE SEGUROS, DESTINADOS A PROTEGER LOS BIENES E INTERESES PATRIMONIALES Y PERSONALES DEL IBAL S.A. E.S.P. OFICIAL

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
SERIEDAD DE LA OFERTA	11/03/2017	27/06/2017	\$ 6,239,941.50

FECHA ADJUDICACIÓN: 17/03/2017

OBSERVACIONES

VALOR PRIMA NETA \$ *****22,775.00	GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****7,000.00	IVA \$ *****5,657.00	TOTAL A PAGAR \$ *****35,433.00	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****6,239,941.50	FECHA LIMITE DE PAGO 11 / 03 / 2017
---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------	------------------------------------	---	--

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
LEIDY MAGALY HUERTAS DEVIA	112277	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

EL VALOR DE LA PRIMA DEBERA PAGARSE DENTRO DE LA FECHA LIMITE DE PAGO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

Manuel Sarmiento



REFERENCIA PAGO:
1100560702321-2

(415) 7709998021167 (8020) 11005607023212 (3900) 000000035433196 20180511

[Signature]

25-45-101024030

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

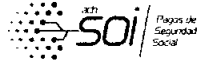
FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDEL ESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2186977

NINIGALVAN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 65785061
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANDREA MAGNOLIA ESCOBAR FORERO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 2 N.8-08 OFI. 201 E. TELÉFONO:	2632501
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7131678161	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2017	SALUD:	AÑO: 2017
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2017/02/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992294708

LIQUIDACIÓN GENERAL				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800229739	230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)		1	\$ 863.800
SUBTOTAL:				1	\$ 863.800
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		1	\$ 635.100
SUBTOTAL:				1	\$ 635.100

TOTAL PAGADO:	\$ 1.498.900
----------------------	---------------------

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL EMPORFUNDANTE:
 UDI/CUENTA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 157158301
 ANDREA MAGNOLIA ESCOBAR
 RAGQUE DEPARTAMENTO: TOLIMA
 OFUCIAL TELEFONO: 2632801
 ENDIENTE CLASE APORTANTE: INDEPENDIENTE
 PRIMADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Pempores Naturales sin Actividad Económica
 UNICO RIA): NO

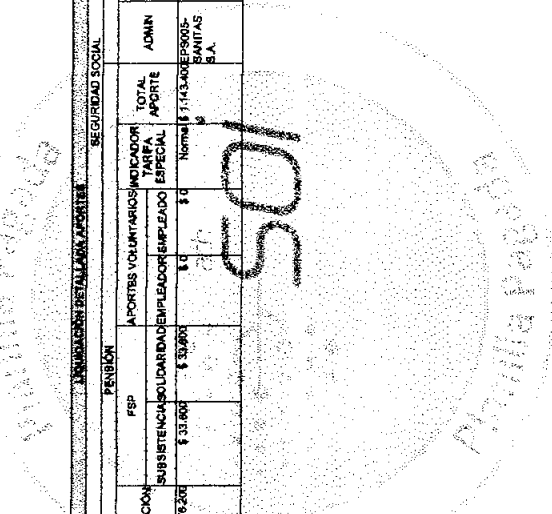
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA:
 NÚMERO PLANILLA: 7125684031 TIPO DE PLANILLA: INDEPENDIENTES
 PERIODO COTIZACIÓN OTROS: 2017 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: enero AÑO 2017
 DÍAS DE MORA: 0 MES: enero AÑO 2017
 FECHA PAGO (aasm/mm/año): 2017/01/10 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9991889190

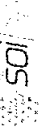
TOTAL APORTES A PERSECIÓN		SALUD		SEGURIDAD SOCIAL		PARAFISCALES	
APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	BC	IB	ADMIN	BC	IB	ADMIN
\$ 1.143.400	\$ 33.800	\$ 840.700	\$ 8.728.000	\$ 1.143.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0
\$ 1.143.400	\$ 33.800	\$ 840.700	\$ 8.728.000	\$ 1.143.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A PERSECIÓN		SALUD		SEGURIDAD SOCIAL		PARAFISCALES	
APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	BC	IB	ADMIN	BC	IB	ADMIN
\$ 1.143.400	\$ 33.800	\$ 840.700	\$ 8.728.000	\$ 1.143.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0
\$ 1.143.400	\$ 33.800	\$ 840.700	\$ 8.728.000	\$ 1.143.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL APORTES A PERSECIÓN		SALUD		SEGURIDAD SOCIAL		PARAFISCALES	
APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	BC	IB	ADMIN	BC	IB	ADMIN
\$ 1.143.400	\$ 33.800	\$ 840.700	\$ 8.728.000	\$ 1.143.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0
\$ 1.143.400	\$ 33.800	\$ 840.700	\$ 8.728.000	\$ 1.143.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 1.984.100





**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS COTIZANTES DEL APORTANTE		DATOS GENERAL DEL PLANILLA	
IDENTIFICACION SOCIAL MUNICIPAL	CEDEÑA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACION	NÚMERO PLANILLA	PERÍODO COTIZACIÓN BALD
		77200400	2014 PERÍODO COTIZACIÓN BALD
RAZÓN SOCIAL	RAZÓN DEPARTAMENTO	PERÍODO COTIZACIÓN DÍAS DE MORA	MES
CRAZ MILAGROS DEL 2011 E.C.F. S.A.S.	BOGOTÁ	0	septiembre AÑO
IDENTIFICACION CLASE APORTANTE	IDENTIFICACION CLASE APORTANTE	FECHA PAGO (aaaa-mm-aa)	MES
PROTECCIÓN ECONÓMICA	PROTECCIÓN ECONÓMICA	2018/12/27	septiembre AÑO
REFORMA TRIBUTARIA	REFORMA TRIBUTARIA	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	
		2018/12/27	

DÍAS DE MORA	TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
	APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
	1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

ADMINISTRADORA				EMPLOYER				EMPLOYEE			
DÍAS DE MORA	APORTES	VALOR	DEBEN	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR
1	1	\$ 1.389.700	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL APORTES A MORA		TOTAL APORTES A PLAZA	
APORTES	VALOR	APORTES	VALOR
1	\$ 1.389.700	1	\$ 1.389.700

TOTAL \$ 1.389.700

Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
C.C. 65782871			HUERTAS DE VIA LEIDY MAGALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	NZ J.C.S. 33 GIRASOL	IBAGUE-TOLIMA	26132571	No

Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2017-03	2017-03	71564354	1	2017/03/15	2017/03/03	BANCO DE OCCIDENTE	\$353,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,217,000	\$194,700	\$1,217,000	\$152,100	\$0	\$1,217,000	\$6,400	\$0	\$1,217,000	\$6,400	\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,217,000	\$194,700	\$1,217,000	\$152,100	\$0	\$1,217,000	\$6,400	\$0	\$1,217,000	\$6,400	\$0	\$0	\$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$1,217,000	\$194,700	\$1,217,000	\$152,100	\$0	\$1,217,000	\$6,400	\$0	\$1,217,000	\$6,400	\$0	\$0	\$0
1	CC 65782871	HUERTAS LEIDY	23001	30	\$1,217,000	\$194,700	\$1,217,000	\$152,100	0	\$1,217,000	\$6,400	0	\$1,217,000	\$6,400	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,217,000	\$194,700	\$1,217,000	\$152,100	\$0	\$1,217,000	\$6,400	\$0	\$1,217,000	\$6,400	\$0	\$0	\$0

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv			Clase Aportante								No	
CC 65782871		HUERTAS OVEIA LEIDY MAGALY		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		IBAGUE-TOLIMA		2612571			

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Periodo		Planimilla		Planimilla		Limite		Banco		Dias Mora	
Pensión	Salud	8463000951		N		2017/02/15		BANCO DE OCCIDENTE		16	
2017-02	2017-02	71563586				2017/03/03				5604,650	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados) Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados) Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (2 Afiliados)																							
				\$ 2,098,000				\$ 2,098,000				\$ 262,250				\$ 0				\$ 0			
				\$ 335,700				\$ 335,700				\$ 262,250				\$ 0				\$ 0			
				(\$ 738,000)				(\$ 738,000)				(\$ 92,250)				\$ 0				\$ 0			
				5453,808				5453,808				5354,500				\$ 0				\$ 0			
				\$ 2,098,000				\$ 2,098,000				\$ 262,250				\$ 0				\$ 0			
Total Afiliados(2)																							

PAGADO

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 65783871		HUERTAS DEVA LEIDY MAGALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	NZ J CS 33 GIRASOL	IBAGUE-TOLIMA	2612571	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2016-12	80470	1	2016/12/16	2016/12/16	BANCO POPULAR	13	\$202,413		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$689,455	\$110,313	\$689,455	\$86,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$689,455	\$3,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$689,455	\$110,313	\$689,455	\$86,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$689,455	\$3,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$689,455	\$110,313	\$689,455	\$86,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$689,455	\$3,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
1	CC 65783871	HUERTAS LEIDY	20001	30	\$689,455	\$110,313	EP5003	30	\$689,455	\$86,200	0	14-28	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$689,455	\$110,313	\$689,455	\$86,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$689,455	\$3,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		

PAGO ATRASADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65788071		HUERTAS DE VÍA LEIDY MAGALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	NZ J CS 33 GIRASOL	IBAGUE-TOLIMA	2616280	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2016-11	14021548	I	2016/11/17	2016/11/23	6	\$201,213

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
			Codigo	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$110,313	\$689,455	\$86,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$110,313	\$689,455	\$86,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$110,313	\$689,455	\$86,200	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1	CC 65782071	HUERTAS LEIDY	230301	30	\$110,313	\$689,455	\$86,200	0	\$0	\$8	14-28	30	\$8	\$3,600	0	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$110,313	\$689,455	\$86,200	\$0	\$0	\$8			\$8	\$3,600		\$0	\$0

PAGOS PENDING

Bogotá, Marzo 22 de 2017

Señora:
 NUÑEZ RIOS YADY MILENA
 CC. 65773719 MZ A CA 209 VIVEROS - 2659663
 Ciudad

Ref: F370-RVA. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 25 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
NUÑEZ RIOS JUAN DAVID	1110449395	T	Jul-25-2012	175	28	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
RIOS RIOS ISABEL CRISTINA	24573204	C	Jun-21-2000	13	0	PADRES	NO VIGENTE	Sep-5-2001	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
NUÑEZ RIOS YADY MILENA	65773719	C	Jul-25-2012	175	28	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ACE SERVICE SAS	65773719	Dependiente	CERRADO
DIACORSAS SAS DIAGNOSTICOS CARDIOLOGICOS ESPECIALI	65773719	Dependiente	CERRADO
DIACORSAS SAS DIAGNOSTICOS CARDIOLOGICOS ESPECIALI	65773719	Dependiente	CERRADO
DIACORSAS SAS DIAGNOSTICOS CARDIOLOGICOS ESPECIALI	65773719	Dependiente	CERRADO
GUTIERREZ JULIAN ANDRES	65773719	Dependiente	CERRADO
OS INGENIERIA LTDA	65773719	Dependiente	CERRADO
SOCIEDAD NSOR S.A.S.	65773719	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
 Director de Recaudo y Compensación
 SALUD TOTAL EPS S.A.

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



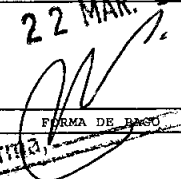
**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

**RECIBO DE CAJA No.
250145413**

Nit. 860009578-6

EXPEDIDO EN	SUCURSAL	CODIGO	FECHA	CLAVE	NOMBRE	
IBAGUE	IBAGUE	25	22/03/2017	112277	HUERTAS DEVIA LEIDY MAGALY	
RECIBIMOS DE: REACCION UN MUNDO DE SEGUROS Y CIA. LTDA.					NIT. 809.006.824	
LA SUMA DE: TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE.*****						
POR CONCEPTO DE: PAGO POLIZA CUMPLIMIENTO						
SUC-RAMO-POLIZA-ENDOSO			PRIMA	GASTO	IVA	VALOR
IBAGUE - CU. PARTICULAR. - 101024030 - 2			22,775.79	7,000.00	5,657.40	35,433.19
OTROS CONCEPTOS DE PAGO					VALOR	
APROVECHAMIENTOS CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES CUENTA PUENTE INTERSUCURSALES					-0.19 35,433.00 -35,433.00	
7240082 32-BANCO CAJA SOCIAL 35,433.00			FORMA DE PAGO Efectivo		EFECTIVO: 0.00 CHEQUE: 0.00 TARJETA: 0.00 ED: 0.00 OTROS: 35,433.00	
TRANSACCION 250222639			TOTAL:			35,433.00
CAJERO: LUZAMEZQUITA						

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
PAGADO
 22 MAR. 2017
 Firma: 

5475 043 000 EMPRESA PUNTO BANCARIZACION RESERVAS LTDA. PIBX: 510255 NIT: 960.350.624-1

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación



71367276

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

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

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación del Cotizante o Cabeza de Familia			
6. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u>HERNANDEZ</u> Segundo Apellido: <u>DE VITA</u>		Primer Nombre: <u>LEIDY</u> Segundo Nombre: <u>MAGALY</u>	
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de identidad <u>6099281</u>	
		9. Sexo Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
		10. Fecha de nacimiento <u>29/11/1978</u>	

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 <u>POSITIVA</u>		16. Administradora de Pensiones <u>PROVIDER</u>	
17. Ingreso base de cotización - IBC <u>933.719</u>			
18. Residencia Dirección: <u>W 100 23 - 1000000</u> Teléfono Fijo: _____			
Teléfono Celular: <u>312 544 27</u>		Correo Electrónico: <u>leidy.magal@provident.com</u>	
Municipio / Distrito: <u>LA ANTON</u>		Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Localidad / Comuna: _____ Departamento: <u>VALLE</u>	

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 <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 de documento de identidad					26. Número del documento de identidad					27. Sexo		28. Fecha de nacimiento				29. Parentesco
B1										Femenino	Masculino					
B2										Femenino	Masculino					
B3										Femenino	Masculino					
B4										Femenino	Masculino					
B5										Femenino	Masculino					

30. Etnia	31. Discapacidad					32. Datos de Residencia			Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo	Condición				Municipio/Distrito	Zona				
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			

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

35. Nombre o razón social REACCION SOCIAL S.A		36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD		37. Número del documento de identificación 2012053241		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección CRA 3 N 1-55 OF. 202A CD. PLAZA DE BOLIVAR						Teléfono Fijo 3012591	
Correo Electrónico reaccion-social@epi.com.co				Municipio / Distrito Bogotá		Departamento Cundinamarca	

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 checked="" type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
<input 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

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	42. Fecha
				01/05/2014

43. EPS anterior CAFE	44. Motivo de traslado Código Activa	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
--------------------------	--	--

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.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

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

IX ANEXOS

<input type="checkbox"/> 56. Anexo copia del documento de identidad:	CN RC TI CC PA CE CD SC	TOTAL
<input type="checkbox"/> 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.		
<input type="checkbox"/> 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.		
<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.		
<input type="checkbox"/> 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.		
<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.		
<input type="checkbox"/> 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.		
<input type="checkbox"/> 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.		

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

67. Datos del SISBEN
Número de ficha Puntaje Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

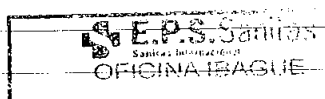
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Observaciones: *TC*

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial <i>Wilson</i>	Sello de Radicación Recibido por: <i>[Firma]</i>	Sicker procesamiento
---	---	----------------------



22 MAR 2014

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación



71367330

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

1. Tipo de Trámite A. Afiliación B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio A. Individual - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido <i>Andrade</i>	Segundo Apellido <i>Hernandez</i>	Primer Nombre <i>Alfonso</i>	Segundo Nombre <i>Camilo</i>
7. Tipo de documento de identidad		8. Número del documento de identidad	
CN TI CE CD RC CC PA SC		<i>11311321</i>	
9. Sexo		10. Fecha de nacimiento	
Femenino Masculino <input checked="" type="checkbox"/>		<i>12/4/94</i>	
Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	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
<i>Sanitas</i>	<i>Sanitas</i>		<i>137711</i>
18. Residencia			Teléfono Fijo
Dirección <i>Calle 33 Sur 33</i>			
Teléfono Celular <i>311 1113 109</i>		Correo Electrónico	
Municipio / Distrito <i>Bogotá</i>	Zona Urbana Rural	Localidad / Comuna	Departamento <i>Cundinamarca</i>

B. AFILIACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

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	
CN TI CE CD RC CC PA SC			
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			

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

30. Etnia	31. Discapacidad	32. Datos de Residencia		33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
	Tipo Condición	Municipio/Distrito	Zona	
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	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	
B	
B	
B	

35. Nombre o razón social [Handwritten: S.A. S. S. S.]

36. Tipo de documento de identificación [Handwritten: NIT] | **37. Número del documento de identificación** [Handwritten: 1234567890]

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones [Handwritten: A] (a registrar por la EPS)

39. Ubicación [Handwritten: Bogotá] | **Dirección** [Handwritten: Calle 123 No. 456] | **Ciudad** [Handwritten: Bogotá] | **Departamento** [Handwritten: Bogotá] | **Municipio / Distrito** [Handwritten: Centro

40. Tipo de Novedad

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

19 Inclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales

20 Exclusion de beneficiarios o de afiliados adicionales

21 Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

22 Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido [Handwritten: Pérez] | **Segundo Apellido** [Handwritten: Gómez] | **Primer Nombre** [Handwritten: Juan] | **Segundo Nombre** [Handwritten: Carlos]

Tipo de documento de identidad [Handwritten: CC] | **Número del documento de identidad** [Handwritten: 1000000000]

Sexo [Handwritten: Masculino] | **Fecha de nacimiento** [Handwritten: 10/10/1980]

42. Fecha [Handwritten: 10/10/2013]

43. EPS anterior

Código [Handwritten: CC] | **Motivo de traslado** [Handwritten: CC] | **Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones** [Handwritten: No aplica]

44. Motivo de traslado [Handwritten: CC] | **Código** [Handwritten: CC]

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones [Handwritten: No aplica]

46 Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

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

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

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

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

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

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

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

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, [Handwritten: Institución o de oficina]

56 Anexo copia del documento de identidad cantidad [Handwritten: 1] | **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 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

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Identificación de la Entidad Territorial [Handwritten: Bogotá] | **Datos del SISBEN** [Handwritten: 1] | **Número de ficha** [Handwritten: 1234567890] | **Puntaje** [Handwritten: 100] | **Nivel** [Handwritten: 1]

Primer Apellido [Handwritten: Pérez] | **Segundo Apellido** [Handwritten: Gómez] | **Primer Nombre** [Handwritten: Juan] | **Segundo Nombre** [Handwritten: Carlos]

68. Fecha de Radicación [Handwritten: 10/10/2013] | **69. Fecha de Validación** [Handwritten: 10/10/2013]

71. Firma del Funcionario [Handwritten: Juan Pérez Gómez]

Observaciones [Handwritten: No tiene observaciones]

Recibido por: [Handwritten: Juan Pérez Gómez] | **Sello de Radicación** [Handwritten: 10/10/2013] | **Sticker procesamiento** [Handwritten: 10/10/2013]

OFICINA RAQUEL [Handwritten: RAQUEL]

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

Identificación y nombre del Ejecutor Comunal [Handwritten: RAQUEL]