

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ENCONTRARSE INCURSO
EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA CONTRATAR

Lebrija, día 25 del mes de Enero de 2021

Doctor

LUIS FERNANDO MANOSALVA VARGAS

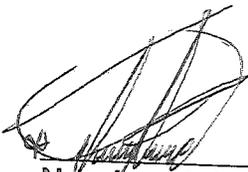
Gerente General

Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios de Lebrija ESP

Ciudad

REFERENCIA: Declaración de no incurso en inhabilidades e incompatibilidades

El suscrito Parmenio Rincon Sobano, Identificado con la cedula de Ciudadanía No. 5674259 de Lebrija y Tarjeta Profesional No. 0000000000 de 0000000000, declaro bajo la gravedad de juramento, que soy legalmente capaz y que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley para contratar y, que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad o incompatibilidad, seré responsable frente a la EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA, y frente a terceros por los perjuicios que se ocasionen durante la ejecución del contrato.



Nombre del contratista

C.C. 5674259

Tarjeta profesional N° 0000000000

| 1. DECLARACION JURAMENTADA | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|-------------------|--------------------|
| 1.1. DE BIENES Y RENTAS | | | | |
| Yo, Parmenio Pinzon Solano | | | | |
| IDENTIFICADO CON: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. T.I. N° 5.674.259. CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: | | | | |
| Pais Colombia | Departamento Santander | Municipio Lebryca | | |
| Dirección CL 7 A 6-205 | | Teléfonos 312 3540941 | | |
| Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A: | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION: | | | | |
| a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron: | | | | |
| CONCEPTO | VALOR | | | |
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | | | | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | | | | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - | | | |
| ARRIENDOS | - | | | |
| HONORARIOS | - | | | |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - | | | |
| TOTAL | \$ | | | |
| b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son: | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes: | | | | |
| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SUPERMERCADO SURTI HOGAR

CERTIFICACION LABORAL

Lebrija, 30 de septiembre del 2021

Yo, ERVIN PRADA PINZON identificado con cedula de ciudadanía número 5.672.169 expedida en LEBRIJA, hago constar que el señor PARMENIO RINCON SOLANO identificado con cedula de ciudadanía ~~5.674.259~~ de Lebrija laboro durante 1 año desempeñando el cargo de bodeguero y conductor en el supermercado SURTI HOGAR y se caracteriza por ser una persona de buenos modales, gran responsabilidad, excelente conducta, cumplidor de sus deberes y obligaciones,

Agradezco de antemano la atención prestada

Cordialmente,

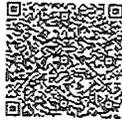


ERVIN PRADA PINZON
CC. 5.672.169 DE LEBRIJA
GERENTE
TEL: 6567537-3158598838
DIR: CARRERA 9 N8-14

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14789594194



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 6 7 4 2 5 9 0 6. DV 0 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 14. Buzón electrónico 4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3 26. Número de identificación 5 6 7 4 2 5 9 27. Fecha expedición 1 9 8 8 0 8 0 3
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9 29. Departamento Santander 6 8 30. Ciudad/Municipio Lebríja 4 0 6
31. Primer apellido RINCON 32. Segundo apellido SOLANO 33. Primer nombre PARMENIO 34. Otros nombres

35. Razón social
36. Nombre comercial
37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 1 6 9 39. Departamento Santander 6 8 40. Ciudad/Municipio Lebríja 4 0 6
41. Dirección principal CL 7 A 6 205 BRR EL PESEBRE

42. Correo electrónico parmeniorincon68@gmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3 1 2 3 5 4 0 9 4 1 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

| Actividad principal | | Actividad económica | | Otras actividades | | Ocupación | | | 52. Número establecimientos |
|---------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|---|-----------|------------|--|-----------------------------|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | | |
| 4 9 2 3 | 2 0 1 4 0 3 0 5 | 9 6 0 9 | 2 0 2 1 0 1 0 2 | | | | 8 3 2 4 | | |

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 2 0 20-Oblención NIT

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Meda 58. CPC

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

59. Anexos SI NO 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021-09-28 / 15: 14: 50

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Párrafo del artículo 1.5.1.2.20 del Decreto 1825 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

884. Nombre RINCON SOLANO PARMENIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE



CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER
DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

NIT 79295545-8
La Salud con Calidad Humana
Calle 13 No. 11-48, Lebrija, Santander
3188798450
RENACER-4795@intertecnet.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: LEBRUJA, SANTANDER FECHA: 29 / 9 / 2021

EXAMEN: PREINGRESO PERIÓDICO EGRESO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 5.674.259 DE LEBRUJA, SANTANDER

NOMBRES Y APELLIDOS: PARMENIO RINCON SOLANO

SEXO: F M EDAD: 51 AÑOS ESTADO CIVIL: UNION LIBRE

GRADO DE ESCOLARIDAD
BÁSICA MEDIA TÉCNICA/TECNOLÓGICA UNIVERSITARIA POSTGRADO

TÍTULO: BACHILLER INCOMPLETO

EMPRESA: EMPRESA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRUJA E.S.P. NIT: 800137201-5

CARGO: FONTANERO FECHA DE INGRESO: 29/09/2021

FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO OPERATIVO COMERCIAL

BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) _____

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL AUDIOMETRÍA VISIOMETRÍA
 ESPIROMETRÍA VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA OPTOMETRÍA
 E.M.O ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTROS: _____

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR
 APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR ENFERMEDAD PROFESIONAL
 APTO CON RESTRICCIONES LABORALES ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO
 APLAZADO EGRESO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL ANUAL HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
 CONTROL AUDITIVO ANUAL REDUCIR Y CONTROLAR EL PESO CORPORAL
 REALIZAR EJERCICIO AL MENOS TRES VECES POR SEMANA PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL
 UTILIZAR DE FORMA ADECUADA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL NO EXCEDER LOS LÍMITES PERMITIDOS PARA EL TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS
 PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL CRONOGRAMA DE LA EMPRESA CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE COVID-19
 REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA

OTRO: Examen médico ocupacional de ingreso sin restricciones para el cargo. Al examen físico se evidencia Obesidad para lo cual se indica asistir a valoración nutricional e ingresar al programa de riesgo cardiovascular en su respectiva EPS y al sistema de vigilancia epidemiológico cardiovascular en su empresa. Paciente presenta condición de riesgo cardiovascular, se encuentra dentro de la población de riesgo de complicaciones en caso de infección por SARS-COV-2 (COVID-19), quién puede realizar actividad laboral con estricto cumplimiento de medidas preventivas y adherencia a lineamientos establecidos por Ministerio de Salud ante contingencia COVID-19. No requiere aislamiento preventivo.

REMISIONES

V/N NUTRICIONISTA _____
 V/N OPTOMETRÍA _____
 EPS _____ ARL _____

INGRESO A PVE
 CARDIOVASCULAR PSICOSOCIAL
 OSTEOMUSCULAR VISUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitación y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntario y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico: Marco Antonio Sánchez Martínez Aspirante o Trabajador: Parmenio Rincón Solano

Firma: Marco Antonio Sánchez Martínez Firma: Parmenio Rincón Solano

Nombre: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ Nombre: PARMENIO RINCON SOLANO

R.M: 00272 S.L.L. SST: 21982 CC: 5674259

RESOLUCION NÚMERO **77-21982** DE **10 DIC 2015**

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **MARCO ANTONIO SANCHEZ MARTINEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 79.295.545 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **MARCO ANTONIO SANCHEZ MARTINEZ. - MEDICINA GENERAL -. ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 79.295.545, en las áreas de Medicina General en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los **10** de **DIC** de **2015**

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental



El servicio público
es de todos

Función
Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y
RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración Fecha de publicación

| Nombres y apellidos completos | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| PARMENIO | | RINCON | SOLANO |

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el último año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------------------|----------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | \$4.940.000,00 |
| TOTAL | \$4.940.000,00 |

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|----------------|--------------------------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|------|--------------|-----------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|----------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|------------------------------|--------|--------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|------|------------------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|----------------------------|---------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | |

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

| |
|--|
| |
|--|

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|------------|----------|--------------------------------|------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---------|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|-------------------|-------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|----------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



La salud es de todos

Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|--------------------------|---------------|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 5674259 |
| NOMBRES | PARMENIO |
| APELLIDOS | RINCON SOLANO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | SANTANDER |
| MUNICIPIO | LEBRIJA |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|-----------------------|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | COOSALUD EPS S.A. -CM | CONTRIBUTIVO | 10/08/2021 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

Fecha de Impresión: 01/25/2022 16:05:43 | Estación de origen: 192.168.70.220

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 la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con 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.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y 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 ésta página, 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 a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) PARMENIO RINCON SOLANO identificado(a) con C.C No. 5.674.259, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de enero del 2022.

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

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



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