



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ identificado(a) con CC 98489392 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA DEL VALLE DE
ABURRA -CEMEV SEDE ROBLEDO

Categoría: C

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 18 días del mes de junio del año 2013.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) FELIPE MUNERA HERRERA identificado(a) con TI 96062116541 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA DEL VALLE DE
ABURRA -CEMEV SEDE ROBLEDO

Categoría: C

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 18 días del mes de junio del año 2013.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

NUEVA EPS S.A

Certifica

36 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia		
CC 98489392	CARLOS HECTOR MUNERA VELEZ	Estado Cotizante
Semanas Cotizadas NUEVA EPS	30	ACTIVO
Fecha Afiliación	01/08/2008	CAUSAL
Fecha Ultimo Periodo Cotizado	01/03/2009	
Fecha Cancelación	00/00/0000	

Beneficiarios

Identificación	Tipo Afil.	Parent	Nombre Completo	Fecha Afiliación	No. Semanas	Estado	Causal
RC 24510154	Benef	Hijos	FELIPE MUNERA HERRERA	01/08/2008	34	ACTIVO	
18443018	Benef	Hijos	SARA MARIA MUNERA HERRERA	01/08/2008	34	ACTIVO	

La presente certificación se expide el día 17 de Marzo de 2009 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.


SERGIO ALEJANDRO RIVERA RESTREPO
SC MEDELLIN

SEGURO SOCIAL**Salud**

NIT. 860.013.816-1

CODIGO 006

TRASLADO DE OTRA EPS

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD
FORMULARIO UNICO DE AFILIACION E INSCRIPCION A LA E.P.S. - REGIMEN CONTRIBUTIVO - PARA
TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PUBLICOS
FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA
MAYUSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

ENTIDAD DE PREVISION O
EPS DE LA CUAL SE TRASLADA

CODIGO

CONSECUTIVO

FECHA
RADICACION

02018202163

I. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O CABEZA DE GRUPO FAMILIAR

TIPO DE AFILIACION:	INDIVIDUAL <input checked="" type="checkbox"/> COLECTIVA <input type="checkbox"/>	FECHA DE AFILIACION AL SISTEMA	AÑO 2002 MES 12 DIA 10	No.0051153
TIPO DOC.	NUIP <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV	PRIMER APELLIDO	MUNERA	
No. DE DOCUMENTO	98489392	SEGUNDO APELLIDO	VEIEZ	
1er. y 2do. NOMBRE	CARLOS HECTOR		FECHA NACIMIENTO	AÑO 1965 MES 04 DIA 13
SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DIRECCION RESIDENCIA	calle 71 # 70-500	
MUNICIPIO	MEDELLIN		DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
DIRECCION DONDE LABORA	CRA 63B # 32E-26			
MUNICIPIO	MEDELLIN		DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
TELEFONO TRABAJO	2658866	FAX	2651335	TELEFONO RESIDENCIA 2686042
IPS QUE LE PRESTARA LOS SERVICIOS DE SALUD	CENTRAL		CODIGO	0510000

II. INFORMACION DE BENEFICIARIOS

1er. BENEFICIARIO	TIPO DOC.	NUIP <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV	PRIMER APELLIDO	HERRERA
No. DE DOCUMENTO	42786323	SEGUNDO APELLIDO	TREJOS	
1er. y 2do. NOMBRE	LEIANA MARIA		FECHA NACIMIENTO	AÑO 1970 MES 04 DIA 29
SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	PARENTESCO	CONYUGE <input checked="" type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJO INVÁLIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVÁLIDO <input type="checkbox"/> MENOR 12 AÑOS <input type="checkbox"/>	IPS CENTRAL
DIRECCION RESIDENCIA	calle 71 # 70-500			
MUNICIPIO	MEDELLIN		DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
TELEFONO	2658866	COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CLASE DE DESAPROBACION	
2do. BENEFICIARIO	TIPO DOC.	NUIP <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV	PRIMER APELLIDO	MUNERA
No. DE DOCUMENTO	24510154	SEGUNDO APELLIDO	HERRERA	
1er. y 2do. NOMBRE	FELIPE		FECHA NACIMIENTO	AÑO 1996 MES 06 DIA 21
SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	PARENTESCO	CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input checked="" type="checkbox"/> HIJO INVÁLIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVÁLIDO <input type="checkbox"/> MENOR 12 AÑOS <input type="checkbox"/>	IPS CENTRAL
DIRECCION RESIDENCIA	calle 71 # 70-500			
MUNICIPIO	MEDELLIN		DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
TELEFONO	2658866	COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CLASE DE DESAPROBACION	
3er. BENEFICIARIO	TIPO DOC.	NUIP <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV	PRIMER APELLIDO	MUNERA
No. DE DOCUMENTO	18443018	SEGUNDO APELLIDO	HERRERA	
1er. y 2do. NOMBRE	SARA MARIA		FECHA NACIMIENTO	AÑO 1992 MES 11 DIA 11
SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	PARENTESCO	CONYUGE <input type="checkbox"/> COMPANERO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> HIJO <input checked="" type="checkbox"/> HIJO INVÁLIDO <input type="checkbox"/> HERMANO INVÁLIDO <input type="checkbox"/> MENOR 12 AÑOS <input type="checkbox"/>	IPS CENTRAL
DIRECCION RESIDENCIA	calle 71 # 70-500			
MUNICIPIO	MEDELLIN		DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
TELEFONO	2658866	COTIZA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CLASE DE DESAPROBACION	

OBSERVACIONES

Carlos Munera 98489392

FIRMA Y No. DOCUMENTO TRABAJADOR

DECLARACION JURADA: BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL (LOS) COTIZANTE(S) Y BENEFICIARIOS REPORTADOS NO ESTAN AFILIADOS A OTRA EPS.

III. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

TIPO DOC.	NUIP <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> DV	RAZON SOCIAL O NOMBRE	CONUEL SA	
No. DE DOCUMENTO	490905022	6		
DIRECCION PRINCIPAL	CRA 63B # 32E-26			
MUNICIPIO	MEDELLIN		DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA
TELEFONO	2658866	FAX	2651335	SUCURSAL 001
ACTIVIDAD ECONOMICA	Diseño y Construcción		CODIGO	
ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES	Surotep.		CODIGO ARP	

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

FECHA DE INGRESO	AÑO 1993 MES 10 DIA 11	CARGO	D. obra.	INGRESO BASE	1.991.000
------------------	------------------------	-------	----------	--------------	-----------

IV. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

ESTRATO SOCIOECONOMICO		FIRMA AUTORIZADA	CIUDAD Y FECHA	Medellin, 10/12/2002
PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS				

S.S.