

## CERTIFICACION PAGO DE APORTES

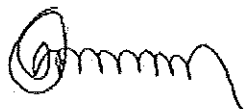
La EPS Sanitas S.A. Certifica, que **VICTOR\_JULIO CIFUENTES JIMENEZ** identificado (a) con C número **19120944** ha realizado los siguientes pagos a nuestra entidad por concepto de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con la Empresa **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE P**  
Identificado con NIT.: 900336004

PERIODO DE COTIZACION yyyy/mm	INGRESO BASE DE COTIZACION	CONCEPTO DE PAGO			
		COTIZACION	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA PAGO yyyy/mm/dd	UPC BENEFICIARIO ADICIONAL
2015/07	\$1,273,000	\$152,800	8444182668	2015/06/26	\$0
2015/08	\$1,273,000	\$152,800	8445151228	2015/07/30	\$0
2015/09	\$1,273,000	\$152,800	8445668405	2015/08/31	\$0
2015/10	\$1,273,000	\$152,800	8446558821	2015/09/29	\$0
<b>TOTAL COTIZACION</b>		<b>\$5,302,500</b>	<b>TOTAL UPC</b>		<b>\$0</b>

La presente se expide a los 13 días del mes de Octubre del año 2015

Cordial saludo,




---

**GERENCIA OPERATIVA**  
**EPS Sanitas S.A**

Ciudad (                      ),                      de (                      ) de (                      )

Señores  
**Liberty Seguros de Vida S.A.**  
Administradora de Riesgos Profesionales

REF: Certificación de no Afiliación al Sistema de Riesgos Laborales

Apreciados Señores:

Por medio de la presente me permito certificar que en la actualidad no me encuentro afiliado a ninguna Administradora de Riesgos Laborales y por lo tanto adjunto los documentos para la afiliación a Liberty ARL

Formulario Afiliación debidamente diligenciado y firmado por el contratante  
Fotocopia Contrato Prestación de Servicios  
Fotocopia Documento de identidad

Cordialmente ,

NOMBRE

*Victor Julio Cifuentes*

FIRMA

C.C.

*[Firma manuscrita]*  
*1912098474*

Fecha de Radicación			Fecha de Inicio de Cobertura		
Año	Mes	Día	Año	Mes	Día

**1. TIPO DE TRÁMITE**

Tipo de Trámite	Tipo de Novedad				
Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>	Corrección nombre o apellidos <input type="checkbox"/>	Adición contrato <input type="checkbox"/>	Cesión contrato <input type="checkbox"/>		
Novedad <input type="checkbox"/>	Cambio o corrección identificación <input type="checkbox"/>	Cambio de Actividad económica <input type="checkbox"/>	Terminación anticipada <input type="checkbox"/>		
	Suspensión contrato <input type="checkbox"/>	Retiro <input type="checkbox"/>	Terminación contrato <input type="checkbox"/>		
	Cambio de datos personales (dirección, teléfono) <input type="checkbox"/>	Prorroga contrato <input type="checkbox"/>	Nuevo Contrato <input type="checkbox"/>		
	Modificación de IBC <input type="checkbox"/>	Traslado de ARL <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cuál? _____	

**2. DATOS DE TRABAJADOR Y/O CONTRATISTA**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
<i>Riquelme</i>	<i>Jimenez</i>	<i>Diego</i>	<i>Julio</i>
Tipo de Documento	Número de Documento	Fecha de Nacimiento	Genero
NIT. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	<i>19120944</i>	<i>1950</i> / <i>12</i> / <i>30</i>	P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nombre EPS	Código AFP	Nombre AFP	Código EPS
<i>Sanitas</i>			

**3. INFORMACIÓN DEL CONTRATO**

Número de Contrato	Tipo de Cotizante	Independiente	Estudiantes (relación docencia-servicio)	Otro
<i>18913</i>	Dependiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtipo de Cotizante	Independiente con contrato de prestación de servicio <input checked="" type="checkbox"/>			
Pensionado que supera los 25 SMLMV <input type="checkbox"/>				
Tipo de aportante	Modalidades			
Empleador <input type="checkbox"/> Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Convenio docencia-servicio <input type="checkbox"/>	Teletrabajador <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
Tipo de Documento Contratante	Número de Documento	Nombre o Razón Social		
NIT. <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	<i>900.308.762-3</i>	<i>PRODUCCIONES RTI SAS</i>		
Dirección (Sede Principal)	CALLE 63F N° 28B - 15		Departamento de la Sede Principal	
			<i>BOGOTA D.C.</i>	
Municipio de la Sede Principal	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	
<i>BOGOTA</i>	<i>6409000</i>	<i>6403168</i>	<i>ydiaz@rtitv.com</i>	
Código Actividad Económica de acuerdo al Decreto 1607/2002	Clase de Riesgo	CIU	Dignos Adicionales	Actividad Económica Principal
		<i>5911</i>		<i>RADIO Y TELEVISION</i>
Tipo de Contrato	Naturaleza Jurídica de la Empresa	Suministro de transporte por parte del Contratante	Fecha inicio del contrato	Fecha terminación del contrato
Civil <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/>	Público <input type="checkbox"/> Privado <input checked="" type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Año Mes Día	Año Mes Día
				No. de meses del contrato

**HORARIO EN QUE EJECUTARÁ LAS ACTIVIDADES**

Días / Horas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Sábado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Domingo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Valor Total del Contrato	Valor Mensual del Contrato	Ingreso Base de Cotización (IBC)
Actividad a ejecutar	Código (de acuerdo al CIU)	Clase de riesgo centro de trabajo
		I   <i>XII</i>   III   IV   V
Dirección Centro de Trabajo	Departamento Centro de Trabajo	
<i>Calle 63f N° 28B - 15</i>	<i>BOGOTA D.C.</i>	
Municipio Centro de Trabajo	Teléfono	Fax
<i>BOGOTA</i>	<i>6409000</i>	<i>6403168</i>
	Correo Electrónico	
	<i>ydiaz@rtitv.com</i>	

**4. RESUMEN INFORMACIÓN PAGO COTIZACIÓN (La cotización no debe superar los 25 SMLMV)**

Número de Contrato	Valor mensual del Contrato	Fecha inicio contrato	Fecha terminación contrato	Clase de riesgo centro de trabajo	IBC (40%)
<i>18913</i>		Año Mes Día	Año Mes Día	<i>X</i>   III   IV   V	

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y SE CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACION DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 100 DE 1993, EL DECRETO 2885 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002, LEY 834 DE 2012, EL DECRETO 723 DE 2013, Y DEMAS NORMAS QUE LOS MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTAN.

Firma del Contratante	Firma del Trabajador	Firma Funcionario ARL

El ARTISTA se compromete a abstenerse a y realizar durante toda la vigencia de este Contrato, las gestiones necesarias para impedir que Afiliadas ofrezcan, prometan o den directa o indirectamente dinero, objetos de valor o cualquier otro objeto entregado como regalo, a: (i) cualquier funcionario, empleado o contratista de cualquier Entidad del Gobierno o cualquier dependencia de las anteriores, del gobierno del domicilio del ARTISTA o de cualquier país donde el ARTISTA preste sus servicios artísticos, o cualquier organización pública internacional, o cualquier persona natural en ejercicio de funciones oficiales, en nombre y/o representaciones de cualquiera de las entidades antes mencionadas (en adelante "Funcionario del Gobierno"), (ii) funcionario, empleado, contratista o personal en misión de PRTI, o (iii) cualquier otra persona con el fin de influenciar su decisión u obtener una ventaja de negocio.

En caso que exista incumplimiento por parte del ARTISTA de sus obligaciones, y/o que exista una falta de veracidad o inexactitud de lo indicado bajo la presente cláusula, PRTI podrá abstenerse de efectuar pagos en favor del ARTISTA y/o terminar la utilización de los Servicios, sin que se genere responsabilidad alguna para PRTI por cualquier perjuicio que se pueda generar para el ARTISTA o cualquier tercero. El ARTISTA mantendrá indemne a PRTI por cualquier demanda, pérdida y/o daño relacionados con su incumplimiento de las Normas Anticorrupción y/o de las obligaciones y declaraciones aquí establecidas y/o con la cesación de pagos y de Servicios, según lo aquí establecido.

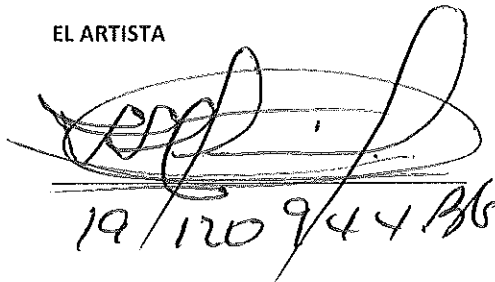
PRTI tendrá el derecho de solicitar la entrega de la evidencia que considere necesaria y entregarla para su verificación por parte de terceros, para auditar el cumplimiento del ARTISTA de las Normas Anticorrupción, quedando el CONTRATISTA obligado a cooperar con la realización de dicha auditoría.

El ARTISTA declara que en la suscripción y ejecución del presente Contrato actúa en nombre propio y en su propio beneficio y que la totalidad de los recursos que conforman su patrimonio provienen de fuentes lícitas.

En constancia de lo expuesto y como garantía de lo estipulado, se firma este instrumento en la ciudad de Bogotá D.C. el día (EN LETRAS) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

PRTI

EL ARTISTA



19/1209/44B6