

Reporte de radicación para la fecha: 03/09/2015

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de documento:	NIT	Numero de documento:	900783618	Código Empresa	eARL304540
Nombre:	BUSINESS PARTNERS AND COMPANY SAS				
Dirección:	CR 28 85A 24				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
E - mail:	ASESORIASJSPINZON@HOTMAIL.COM JSPINZON@CABLE.NET.CO				
Teléfono:	4651756		Tarifa:	1,04400	
Actividad económica:	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES TEATRALES Y MUSICALES Y OTRAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES ARTISTICAS INCLUYE LOS GRUPOS DE MUSICA Y TEATRO				

DATOS USUARIO EMPRESA

Cédula usuario	Nombre usuario	Apellido Usuario
52316614	MARTHA LIBIA	GRACIA

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Afiliación	Cobertura Desde	Documento	Trabajador	Salario	Tarifa	Tipo
1	31	03/09/2015	04/09/2015	C - 29180348	MONCAYO MELO ANGELLY VANESSA	1.000.000	1.044	D

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana y solicite una reclasificación o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 o en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades.
Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certificado impreso el día 03/09/2015 8:21:40 a. m. por la pagina web <http://www.positivaenlinea.gov.co>

axF 65e37b251f6eb376f1eccc000a98f8b4



No. F- 511098642

Se debe volver a leer que se encuentra a resguardo antes de diligenciar este formulario. Si no se modificó su grupo familiar, diligenciar el formulario F-1001 y el F-1002. Si se modificó su grupo familiar, diligenciar el F-1001 y el F-1003.

INFORMACION PARA SER DECLARADA POR EL COCIZANTE O DADORA DEL GRUPO FAMILIAR

[illegible]**II. INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR**

Información del Empleador Denominación de la sociedad Tipo Mit no 900783618 5 Business partners and company's		DV (Nombre o razón social) 5 Business partners and company's	
Dirección principal (pueden haber Superintendencia, Torre (edificio), etc. en el caso de edificios, apartamentos, casas local o parcela según corresponda) C-28M-85A-24 piso 2		Teléfono 4651756	
País Colombia	Municipio C / u	Código BT	Correo positiv
Actividad económica Servicio		Código BT	Correo positiv
Información sobre el empleado Cotizante Carga Gerente			
Fecha de ingreso 19/2015	Ingresos base de cotización 1000000	Fecha del último pago BT	Fecha del último pago BT
Firma autorizada del empleador			

III. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

	FECHA	REVISADO	APROBADO	ELABORADO	VALIDADO
ESTADÍSTICO					

INFORMACION ADICIONAL DEL COTIZANTE

<p>¿Si usted tiene pertenencia a una afiliación como independiente con la EPS Santitas, desea continuar con ella? Si No</p> <p>Si su respuesta es NO, ¿queremos a cambio su vinculación como autodesempleado?</p>	<p>Correo electrónico</p> <p>Teléfono celular</p> <p>Firma del Cobrador</p>
---	---

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EMPLEADOR (TRABAJADOR DEPENDIENTE)

[illegible]

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Independiente	Agrupado o asociado	¿Tiene control de prestación de servicios?						Sí	No	Posición ocupacional:	Empleado o empresario	Tamaño de la empresa	3	2 A B		
Categoría de desempeño:								No		Número por cuenta propia		10 o más empleados				
Productor agropecuario		Vivienda propia		Nivel educativo				Último año aprobado			Ingreso base de cotización		Valor solidario en centavos			
Sí	No	Sí	No	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	
Actividad económica									Ciudad o Municipio					Zona		
														Rural Urbana		
RESPONSABLE DEL PAGO (para ser diligenciado por el lexerto que paga la cotización del Agrupado o asociado)																
Documento de identidad								Nombre o razón social							Teléfono	
Tipo	No															

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PENSIONADO

INFORMATION ABOUT THE COMPANY			Stock exchange
Shareholder for information	Sr	No	S
Nashua Social use is a entitled personal			

INFORMACIÓN ADICIONAL EPS SANITAS (Uso exclusivo de la EPS Sanitas)

INFORMACION ADICIONAL EPS SANTITAS (CBO 440000)			
Identificación del Asesor o Asesora	Documento de Identidad	Código y Estado de Inscripción	Fecha Registro o Actualización
Código			



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELLY VANESSA MONCAYO MELO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **29,180,348**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 04 días del mes de Septiembre de 2015.

Gerente de Clientes

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 3 de Septiembre de 2,015

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

No. de Identificación	: 29180348
Nombre	: ANGELLY VANESSA MONCAYO MELO
Empresa/Contratante	: BUSINESS PARTNERS AND COMPANY SAS
Identificación Empresa	: NIT
No. Identificación Empresa	: 900783618
Fecha de Afiliación a CCF	: 2015/09/03
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2015/09/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario, considerando solo validos el formato de inscripción, modificación a la Caja de Compensación Familiar y la carta de radicación emitida por Transacciones en Línea, firmada directamente por el trabajador.

Atentamente.

GESTIÓN DE VINCULADOS

Elaboró: TRANSACCIONES EN LÍNEA



SC 5892-14



FOR-PSA-0111