ACTA DE INICIO SERVICIOS	FECHA 03/03/2025	HORA: 10:00
CONTRATO N°	010-00-D-CACOM-1-ESM11782-2025	
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO	26/02/2025	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y LIMPIEZA HOSPITALARIA PARA LAS INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL CACOM 1	
VALOR DEL CONTRATO	101.887.270,81	
LUGAR DE EJECUCIÓN:	Se ejecutará en las instalaciones Base Aérea “CT. Germán Olano” – Establecimiento de Sanidad Militar del Comando Aéreo de Combate No. 1 – Municipio Puerto Salgar – Departamento Cundinamarca, País Colombia	
CONTRATISTA	SMR EL RESPLANDOR SAS NIT. 900.019.714-9	
INTERVENTOR	NO APLICA	
SUPERVISOR (PRINCIPAL O SUPLENTE)	T1. RODRIGUEZ ARIAS JEFFERSON	
FORMA DE PAGO	El MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, FUERZA AÉREA COLOMBIANA, COMANDO AÉREO DE COMBATE No.1, pagará El valor del contrato adjudicado de acuerdo al siguiente cuadro:	

FECHA DE CORTE	MES PAC	VALOR
28- FEB-2025	PAC ABRIL 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
31- MAR-2025	PAC MAYO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
30-ABRIL-2025	PAC JUNIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
31 -MAY-2025	PAC JULIO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
30-JUN-2025	PAC AGOSTO 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
31-JUL-2025	PAC SEPTIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
31- AGO-2025	PAC OCTUBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
30 SEPT-2025	PAC NOVIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
31- OCT-2025	PAC DICIEMBRE 2025 o dentro de los 45 días siguientes al recibo a satisfacción.	SEGÚN FACTURACIÓN
30-NOV-2025	PAC DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	SEGÚN FACTURACIÓN
31-DIC-2025	PAC DICIEMBRE 2025 y/o Cuentas por Pagar 2025 Pagaderas en el Primer Bimestre 2026	SEGÚN FACTURACIÓN Y HASTA POR EL SALDO RESTANTE DEL VALOR ADJUDICADO

PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato hasta el 31 de diciembre del 2025.
GARANTIA CONTRACTUAL	Aseguradora Solidaria de Colombia *Póliza de Seguros No: 9940000014726 Cumplimiento

	Desde 26-02-2025 hasta 30-04-2026 Valor asegurado $ 20.377.545,20 Pago de Salarios, prestaciones e indemnizaciones Desde 26-02-2025 hasta 31-12-2027 Valor asegurado $ 5.094363,55 Calidad de Servicio Desde 26-02-2025 hasta 31-02-2025 Valor asegurado $ 20.377.454,20 Calidad del bien Desde 26/02/2025 hasta 30-06-2025 Valor asegurado $ 20.377.454,20
PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	Aseguradora Solidaria de Colombia *Póliza de Seguros No: 994000005344 Responsabilidad civil extracontractual Desde el 26-02-2025 hasta 31-12-2025 Valor asegurado: $ 284.700.000,00

El día 03 de marzo de 2025 en Puerto Salgar, Cundinamarca, se reunieron SANDRA MILENA RUGE, en su condición de Represente Legal de la empresa SMR EL RESPLANDOR SAS NIT. 900.019.714-9 contratista, T1. RODRIGUEZ ARIAS JEFFERSON, en calidad de Supervisor Principal, con el fin de dejar constancia de la iniciación real y material de la ejecución del contrato en mención, cuyo objeto es LA PRESTACIÓN DE SERVICIO INTEGRAL DE ASEO Y LIMPIEZA HOSPITALARIA PARA LAS INSTALACIONES DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR DEL CACOM 1, de acuerdo a las condiciones relacionadas anteriormente.

PERSONAL REQUERIDO PARA LA EJECUCION DEL SERVICIO (EXIGIDO EN LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	OTROS (TARJETA PROFESIONAL/TITULO PROFESIONAL O TECNICO)
Margarita María Mejía Celis	Operaria	N/A
Nidia Rosa Elena Aguilar	Operaria	N/A

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

• Al iniciar la ejecución del contrato se debe garantizar una brigada de aseo y limpieza profunda en las instalaciones del Establecimiento como es aspirado de sillas y muebles, lavado de pisos, paredes, ventanales y limpieza de baños escaleras y barandas y exteriores.
• Garantizar el lavado periódico de vidrios, marcos, parales y ventanas, vitrinas y puertas de oficinas y puertas de vidrio de paso, dos veces al día o más si se requiere. Encerada y brillada de los pisos de pasillos, escaleras, oficinas y baños: en diferentes texturas tales como tabletas, vinilo, granito, terrazo y cerámica de la totalidad de las áreas existentes en las instalaciones del Establecimiento de Sanidad militar 255728311782, en la frecuencia que según se requiera por tráfico: se debe repasar en forma constante (diaria) el aseo en los lugares donde hay más afluencia de funcionarios y usuarios.

• Limpieza y desinfección de sanitarios, lavamanos y orinales diariamente, se deben utilizar desmanchadores, detergentes, limpia sarros, jabones arenosos, desinfectantes y aromatizantes.
• Conservación de los servicios sanitarios, con barrida, lavado de todos los pisos con detergentes líquidos, enchapados de paredes, divisiones, accesorios y espejos.
• Se debe realizar un patrullaje permanente a los baños con el fin de mantenerlos en buen estado de aseo
• Limpieza y desmanchado de paredes, puertas, placas.
• Semanalmente se deben hacer recorridos para verificar que se han removido las huellas de manos y calzado que afecten la estética de los muros de cualquier clase de material (pintura, piedra, tapizado, metal, etc.). las actividades de aseo incluyen las siguientes operaciones: desmanchar y lavar, utilizando productos de limpieza adecuados que no deterioren los elementos.
• Lavado y secado de la lencería que cambian periódicamente de observación, fisioterapias y las habitaciones de observación prologada.
• Mantener en perfecto estado de limpieza todos los pisos, escaleras, baños, paredes, pasillos, corredores, escritorios, papeleras, muebles, teléfonos, archivadores, estantes canastas de basura, sillas, ventanas, bordes de paredes, plantas ornamentales interiores, papeleras metálicas, camillas, adornos, buzones de sugerencias, otros en general de las dependencias.
• Limpieza de computadores en la parte externa, CPU’s, impresoras, monitores, teclados, teléfonos y fax, con una frecuencia diaria, sobre los equipos enunciados deben aplicarse productos de aseo que no los deterioren, igualmente las personas que realicen está actividad debe ser idóneas debe tener precaución en la limpieza con el fin de evitar accidente y daños en los equipos.
• Retirar telarañas de techos y cielo falso.
•Limpieza de divisiones guarda escobas, paredes, puertas, enchapados en madera y metal, etc. la recolección de las basuras se debe realizar dos veces diarias como mínimo y esta debe ser llevada de inmediato al sitio de recolección.
• Realizar limpieza y desinfección efectuando un adecuado manejo de los desechos y eliminando factores de riesgo
•Realizar la ruta sanitaria correctamente.
• Los operarios del servicio de aseo deberán hacer un uso racional de los servicios públicos (agua y energía) para el desarrollo de sus actividades de aseo.
• Realizar actividades de mantenimiento de jardines y exteriores.
• Realizar Desinfección del cubículo de traslado de paciente de las ambulancias, según los protocolos de LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN del área.
• Realizar Desinfección áreas críticas del Establecimiento de Sanidad Militar, según los protocolos de LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN del área.
• Demás disposiciones que se requieran el Establecimiento de Sanidad Militar del CACOM1.

ÁREAS A DESEMPEÑAR

Realizar limpieza, aseo de todas y cada una de las áreas del Establecimiento de Sanidad Militar 11782 del Comando Aéreo de Combate No 1 según los PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN para cada área:

• Consulta externa
• Área de urgencias / Atención Prioritaria
• Observación
• Salas de cirugía
• Laboratorio clínico
• Radiología • Odontología
• Área de almacenamiento de residuos hospitalarios
• Pasillos, salas de espera y totalidad de zonas comunes • Oficinas administrativas
• Exteriores – Jardines
• Parqueaderos de Ambulancias
• Totalidad de baños

Horario Operaria de Aseo 1

LUNES	06:30 – 12-30	ALMUERZO	13:30 -15:30
MARTES	06:30 – 12-30	ALMUERZO	13:30 -15:30
MIERCOLES	06:30 – 12-30	ALMUERZO	13:30 -15:30
JUEVES	06:30 – 12-30	ALMUERZO	13:30 -15:30
VIERNES	06:30 – 12-30	ALMUERZO	13:30 -15:30
SABADO	06:30 - 10:30		

Horario Operaria de Aseo 2

LUNES	08:30 – 13-30	ALMUERZO	14:30 -17:30
MARTES	08:30 – 13-30	ALMUERZO	14:30 -17:30
MIERCOLES	08:30 – 13-30	ALMUERZO	14:30 -17:30
JUEVES	08:30 – 13-30	ALMUERZO	14:30 -17:30
VIERNES	08:30 – 13-30	ALMUERZO	14:30 -17:30
SABADO	06:30 - 10:30		

INSUMOS VIGENCIA 2025

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FRECUENCIA	CANTIDAD	FICHA TECNICA	HOJA DE SEGURIDAD	CERTIFICAD O DE BIODEGRADABLE	NOTIFICACIÓN SANITARIA
1	Ambientado r Spray Aerosol	Frasco 400 ML	Mensual	18	SI	SI	SI	SI
2	Ambientado r varitas (olores variados)	Frasco 80 ML	Mensual	18	SI	SI	NO	NO
3	Ambientado r liquido (Limpiapisos)	Bidón (20 litros)	Mensual	2	SI	SI	SI	SI
4	Detergente en polvo	Bolsa x 1000 gr.	Mensual	18	SI	SI	NO	SI
5	Esponja fibra abrasiva multiuso	Paquete x 3	Mensual	4	SI	NO	NO	NO
6	Bolsa Basura roja, calibre 1.4 milésimas, 70 x50, con el	Unidad	Mensual	300	SI	NO	NO	NO

	logotipo de material reciclable							
7	Bolsa Basura blanca, cali bre 1.4 milésimas 7 0 x50, con el logotipo de material reciclable	Unidad	Mensual	100	SI	NO	NO	NO
8	Bolsa Basura Negra calibr e 1.4 milésimas 7 0 x50, con el logotipo de materialreciclab le	Unidad	Mensual	300	SI	NO	NO	NO
9	Varsol	Galón (3.785 ML)	Mensual	1	SI	SI	SI	SI
10	Desengrasa nte liquido	Galón (3.785 ML)	Mensual	2	SI	SI	NO	NO
11	Glutaraldehí do al 2 %	Galón (3.785 ML)	Mensual	2	SI	SI	NO	SI
12	Amonio cuaternario	Galón (3.785 ML)	Mensual	2	SI	SI	NO	SI
13	Hipoclorito de sodio 5%	Bidón (20 litros)	Mensual	4	SI	SI	NO	SI
14	Bayetilla blanca	Metro	Mensual	4	SI	NO	NO	NO
15	Jabón líquido de manos	Galón (3.785 ML)	Mensual	3	SI	SI	SI	SI
16	Escoba tipo suave con palo	Unidad	Mensual	4	SI	NO	NO	NO
17	Escoba tipo Dura con palo	Unidad	Mensual	2	SI	NO	NO	NO
18	Traperos Extras con palo	Unidad	Mensual	5	SI	NO	NO	NO
19	Paca de Papel Higiénico Industrial De 400 Mts x 4	Paca de x 4	Mensual	4	SI	NO	NO	NO

20	Toallas plegables de mano ecológica x caja	Caja x 24	Mensual	3	SI	NO	NO	NO
21	Guantes manejo de residuos calibre 25 verde	Paquete x 12	Mensual	2	SI	NO	NO	NO
22	Rastrillos plásticos	Unidad	Mensual	2	SI	NO	NO	NO
23	Lija hoja pliego Calibre 180	Pliego	Mensual	5	SI	NO	NO	NO
24	Baldes plásticos 10 Litros	Unidad	Mensual	1	SI	NO	NO	NO
25	Chupa plástica para sanitarios	Unidad	Mensual	1	SI	NO	NO	NO
26	Churrusco sanitario con base	Unidad	Mensual	1	SI	NO	NO	NO
27	Jabón lavaloza crema	Present a ción 500 gr	Mensual	1	SI	SI	SI	SI
28	Cepillo manos con mango	Unidad	Mensual	1	SI	NO	NO	NO
29	Insecticida tipo raid Spray mata cucarachas y hormigas	Unidad	Mensual	2	SI	SI	SI	SI
30	Recogedor	Unidad	Mensual	1	SI	NO	NO	NO
31	Desincrusta nte industrial	Galón (3.785 ML)	Mensual	3	SI	SI	SI	SI
32	Jabón en barra azul de buena calidad	Unidad	Mensual	3	SI	SI	SI	SI
33	Jabón líquido para ropa	Galón (3.785 ML)	Mensual	4	SI	SI	SI	SI
34	Desinfectan te ropa hospitalaria	Galón (3.785 ML)	Mensual	3	SI	SI	SI	SI
35	Cepillo para piso con borde de caucho	Unidad	Mensual	1	SI	NO	NO	NO
36	Palos industriales (tipo repuesto)	Unidad	Mensual	1	SI	NO	NO	NO

MAQUINARIA Y EQUIPOS MINIMOS REQUERIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS OPERARIOS DURANTE EL TIEMPO DE EJECUCION.

ITEM	DESCRIPCION	FRECUENCIA	CANTIDAD
1	Carro porta elementos	Tiempo del contrato	2
2	Carros exprimidores de traperos	Tiempo del contrato	2
3	Señalizadores de piso mojado	Tiempo del contrato	6
4	Mopas o perezosos	Tiempo del contrato	2
5	Hidro lavadora Industrial (no doméstico)	Tiempo del contrato	1
6	Extensión de corriente de 15 Metros	Tiempo del contrato	1
7	Manguera 35 mts	Tiempo del contrato	1
8	Tijera para jardinería	Tiempo del contrato	2
9	Carro carga manual	Tiempo del contrato	1
10	Maquina lava pisos	Tiempo del contrato	1
11	Soplador manual eléctrico	Tiempo del contrato	1
12	Escalera	Tiempo del contrato	1

NOTA: El contratista deberá proveer los elementos relacionados anteriormente durante la ejecución del contrato, una vez se dé terminada la ejecución del contrato, estos elementos serán retornados al contratista ya que es por modalidad de comodato. Es importante resaltar que, si algún elemento o equipo presenta fallas desgaste de uso, el contratista deberá hacer el respectivo cambio y suministrar el equipo o elemento para que preste sus servicios

Anexo constancia del contratista que se encuentra al día con el pago de aportes a la seguridad social y parafiscales.

OBSERVACIONES

N/A

EN CONSTANCIA, FIRMAN QUIENES INTERVINIERON:

SANDRA MILENA RUGE
CONTRATISTA

T1. RODRIGUEZ ARIAS JEFFERSON
SUPERVISOR

RESPLANDOR
LIMPIEZA QUE SE SIENTE

Fecha 03 de marzo de 2025

LOS SUSCRITOS REPRESENTANTE LEGAL Y EL CONTADOR, SE PERMITEN CERTIFICAR QUE

SMR EL RESPLANDOR S.AS. 900.019.714-9

Se encuentra a paz y salvo por todos los pagos de seguridad social y aportes parafiscales del ultimo mes y anteriores, actualmente no posee deudas por ningún concepto que concierne a las obligaciones laborales.

Esta certificación se presenta bajo la gravedad del juramente, entendiendo las implicaciones legales que esto conlleva.



LEIDY SILVA QUIROGA
CONTADOR PÚBLICO
T.P. No. 287017-T



SANDRA MILENA RUGE
REPRESENTANTE LEGAL

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9026545 correspondiente a la empresa Smr El Resplandor Sas.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura
MARGARITA MARIA MEJIA CELIS	C.C.	30,350,780	03/03/2025

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 6 de marzo de 2025 a las 10:17:44 a. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

AXA COLPATRIA

CONSULTA EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Documento:	NIT
Documento:	900019714
Número Afiliación:	9026545
Razón social:	SMR EL RESPLANDOR SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de Documento:	CÉDULA
Documento:	24713209
Nombre:	NIDIA ROSAELENA
Apellidos:	AGUILAR LUNA
Tipo de Afiliación:	DEPENDIENTE
Cargo:	AUXILIAR SERVICIOS GENERLES
Estado:	VIGENTE
Tipo de Salario:	BÁSICO
Valor Salario:	1423500
Fecha de Ingreso:	03/03/2025
Fecha de Retiro:	0

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 23/03/2025

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [X]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]
B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual - Beneficiario o Afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]	

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	(a registrar por la EPS) [ ] [ ]

A. AFILIACIÓN

II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Aguilar	Segundo apellido: Luna	Primer nombre: Nydia	Segundo nombre: Rosa

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
Cedula	24713209	Femenino X Masculino	03/07/1948

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
[ ] [ ]	Tipo [ ] [ ] [ ] Condición [ ] [ ]	C15	[ ]

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
	Colpensiones	

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
Calle 10 #5-37		3105616717	agylarnidia98@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Ruta Salgar	Urbana [X] Rural [ ]	Barrio Alto Buenos Aires	Cundinamarca

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (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	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD/MM/AAAA

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 documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD/MM/AAAA
B2	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD/MM/AAAA
B3	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD/MM/AAAA
B4	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD/MM/AAAA
B5	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]				DD/MM/AAAA

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la I.P.S. Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)
SMR El resplandor SAS	[N] [I] [T] [ ] [ ] [ ]	900019714-9	

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
calle 18 a No. 26 - 47	3204935073	resplandorlimpieza1@gmail.com	Duitama	Boyacá

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad — [X] 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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Aguilar	Luna	Nydia	Rosa

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo: Femenino	Sexo: Masculino	Fecha de Radicación	42. Fecha
CC	24713209	[X]	[ ]		08/03/2025

43. EPS Anterior	44. Motivo de Traslado — Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	[ ]	Colpensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 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, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [ ] 50. Autorización para que la E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. 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 E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
Nydia R.C. Aguilar L.	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — Total [ ]
- [ ] 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 el divorcio, Sentencia Judicial que declare la separación de cuerpos y Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la terminación de 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 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial — Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN — Número de Ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
					DD MM AAAA	DD MM AAAA

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/03/2025, el empleador SMR EL RESPLANDOR E U identificado con NIT número 900019714 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8445689	01/03/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	30350780	MARGARITAMARIA MEJIA CELIS	1423500	ASISTENTE DE SERVICIOS GENERALES	2025-03-03

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Marzo del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MARGARITA MARIA MEJIA CELIS identificado(a) con CC No. 30350780, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SMR EL RESPLANDOR SAS con NIT 9000197149:

- Fecha de afiliación a la Caja: 06/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 03/03/2025.

En su grupo familiar figura el siguiente registro, como beneficiario de los servicios de la caja.

Nombre	Identificación	Parentesco	Subsidio	Discapacidad	Fecha de Afiliación	Estado
CONSUELO DE JESUS CELIS DE MEJIA	24706151	Madre	NO	NO	06/03/2025	VIGEN



José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 06/03/2025

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) NYDIA ROSA ELENA AGUILAR LUNA identificado(a) con CC No. 24713209, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de SMR EL RESPLANDOR SAS con NIT 9000197149:

- Fecha de afiliación a la Caja: 06/03/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 03/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 06/03/2025