LIQUIDACIÓN DE ESTAMPILLAS

Dependencia:	**SECRETARÍA DE HACIENDA**			**Liquidación Número**	3113b48b-21ab-4a9f-ad85-e4dd6511ae9b		
Fecha Liquidación Estampilla	2025-04-01			**Adicional**		SI ___ NO _X_	
					Valor Total	**Iva**	**Valor Liquidar**
Contrato	0186	**Fecha**	2025-03-31	**Valor:**	$3.345.991.817,00	$0,00	$3.345.991.817,00
Contratista	CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL					**Nit No.**	901928930
Entidad	EMPRESA DE ENERGÍA DE CASANARE						

		CÓDIGO DE BARRAS
Tributo	**ADULTO MAYOR**	(415)7709998713437(8020)2025000296620331(3900)000001003 79800(96)31032025
Tarifa	3%	
Valor Estampilla	$100.379.800,00	
Tributo	**CULTURA**	(415)7709998624740(8020)2025000296610331(3900)000000334 59900(96)31032025
Tarifa	1%	
Valor Estampilla	$33.459.900,00	
Tributo	**DESARROLLO**	(415)7709998734982(8020)2025000296650331(3900)000000334 59900(96)31032025
Tarifa	1%	
Valor Estampilla	$33.459.900,00	
Tributo	**PRO DEPORTE**	(415)7709998237896(8020)2025000296630331(3900)000000836 49800(96)31032025
Tarifa	2.5%	
Valor Estampilla	$83.649.800,00	
Tributo	**UNITRÓPICO**	(415)7709998319493(8020)2025000296640331(3900)000000501 89900(96)31032025
Tarifa	1.5%	
Valor Estampilla	$50.189.900,00	
TOTAL		$301.139.300,00

Tipo Estampilla	Valor Contrato	Iva	Base Gravable	Total Liquidación
Nuevo	$ 3.345.991.817	$ 0	$ 3.345.991.817	$ 301.139.300

SECRETARÍA DE HACIENDA, páguese en el banco BBVA

BBVA

TERM: YV49 RECAUDO DE FACTURAS FECHA : 20250401
OFIC: 0981 32379 IMP ESTAMPILLA ADULTO CONVENIO: 0032379
USER: C797251 CUENTA : 0013-0981-0200564347 HORA : 11:59

REFERENCIA NO. 1 2025000296620331 PAGO APLICADO CUENTA NRO.
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : J4157709998713437802020 2 PAGO APLICADO CREDITO NRO.
NRO DE CONFIRMACION: 000005979
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 100,379,800.00
	TOTAL PAGO RECAUDO	$ 100,379,800.00

FIRMA Y SELLO CAJERO FIRMA CLIENTE

BBVA

TERM: YV49 RECAUDO DE FACTURAS FECHA : 20250401
OFIC: 0981 4831 IMP PROCULTURA CASANARE CONVENIO: 0004831
USER: C797251 CUENTA : 0013-0354-0200011918 HORA : 12:06

REFERENCIA NO. 1 2025000296610331 PAGO APLICADO CUENTA NRO.
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : J4157709998624740802020 2 PAGO APLICADO CREDITO NRO.
NRO DE CONFIRMACION: 000022922
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 33,459,900.00
TOTAL PAGO RECAUDO		$ 33,459,900.00

FIRMA Y SELLO CAJERO FIRMA CLIENTE

BBVA

TERM: YV02 — RECAUDO DE FACTURAS — FECHA : 20250401
OFIC: 0981 — 32380 IMP ESTAMPILLA PRODESA — CONVENIO: 0032380
USER: C784319 — CUENTA : 0013-0981-0200564339 — HORA : 15:03

REFERENCIA NO. 1 2025000296650331 — PAGO APLICADO CUENTA NRO.
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : J4157709998734982802020 2 — PAGO APLICADO CREDITO NRO.
NRO DE CONFIRMACION: 000006258
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 33,459,900.00
TOTAL PAGO RECAUDO		$ 33,459,900.00

FIRMA Y SELLO CAJERO — FIRMA CLIENTE

BBVA

TERM: YV49 — RECAUDO DE FACTURAS — FECHA : 20250401
OFIC: 0981 — 32726 IMP TASA PRODEPORTE CA — CONVENIO: 0032726
USER: C797251 — CUENTA : 0013-0981-0200581333 — HORA : 12:02

REFERENCIA NO. 1 2025000296630331 PAGO APLICADO CUENTA NRO.
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : J4157709998237896802020 2 PAGO APLICADO CREDITO NRO.
NRO DE CONFIRMACION: 000003500
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 83,649,800.00
	TOTAL PAGO RECAUDO	$ 83,649,800.00

FIRMA Y SELLO CAJERO FIRMA CLIENTE

BBVA

TERM: YV49 — RECAUDO DE FACTURAS — FECHA : 20250401
OFIC: 0981 — 38710 ESTAMPILLA PRO UNITROPIC — CONVENIO: 0038710
USER: C797251 — CUENTA : 0013-0981-0200002174 — HORA : 12:04

REFERENCIA NO. 1 2025000296640331 PAGO APLICADO CUENTA NRO.
REFERENCIA NO. 2
REFERENCIA NO. 3
REFERENCIA NO. 4
REFERENCIA NO. 5
REFERENCIA NO. 6
DESCRIPCION : J4157709998319493802020 2 PAGO APLICADO CREDITO NRO.
NRO DE CONFIRMACION: 000003480
CANTIDAD DE DOCUMENTOS: 000

FORMA DE PAGO	REFERENCIA DOCUMENTO	IMPORTE
VALOR EFECTIVO		$ 50,189,900.00
	TOTAL PAGO RECAUDO	$ 50,189,900.00

FIRMA Y SELLO CAJERO

FIRMA CLIENTE

EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A E.S.P NIIF
COMPROBANTE CONTABLE

EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A E.S.P NIIF

NOTAS CREDITO BANCARIAS 3 No. 2

Cia: **2** Nit: 844004576

Estado: ERRADO **Fecha: 09-04-2025**

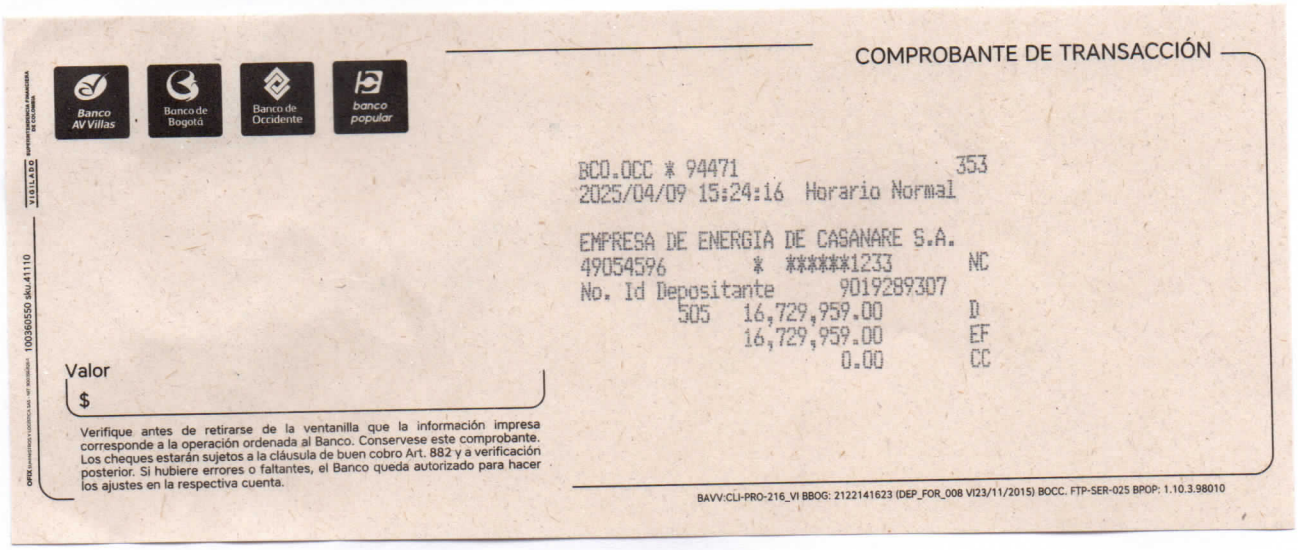
Concepto:

CUENTA / Nro Rengl	Nombre Cuenta / Auxiliar / Concepto	Fecha Doc.	C.costo	VALOR DEBITOS	VALOR CREDITOS
11100601002	BANCO OCCIDENTE AHORROS	09-04-2025		16,729,959.00	
1	505801233 OCCIDENTE RECAUDO				
	186-2025 AMPLIACIÓN, MODERNIZACIÓN Y CONSTRUCCIÓ				

Elaboró: NJIMENEZ Revisó: _____

TOTAL 16,729,959.00

Comprobante Descuadrado Diferencia 16,729,959.00



Banco AV Villas · Banco de Bogotá · Banco de Occidente · banco popular

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BCO.OCC * 94471 353
2025/04/09 15:24:16 Horario Normal

EMPRESA DE ENERGIA DE CASANARE S.A.
49054596 * *****1233 NC
No. Id Depositante 9019289307
505 16,729,959.00 D
16,729,959.00 EF
0.00 CC

Valor
$

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conservese este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

BAVV:CLI-PRO-216_VI BBOG: 2122141623 (DEP_FOR_008 VI23/11/2015) BOCC. FTP-SER-025 BPOP: 1.10.3.98010

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 07/04/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901928930
Nombre:	CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL		
Dirección:	KR 29A 23 04		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	GLOSOMAR@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3103227878	**Tarifa:**	4,35000
Actividad Económica:	4432101 INSTALACIONES ELÉCTRICAS, INCLUYE INSTALACIONES DE SISTEMAS DE ILUMINACIÓN, ALARMA, ALUMBRADO DE CALLES Y SEÑALES ELÉCTRICAS, ALUMBRADO DE PISTAS DE AEROPUERTOS, TRASFORMADORES TRABAJOS DE CENTRALES DE ENERGÍA.		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 33480386	GLORIA SOFIA MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-034-76866	08/04/2025	CC 74346706	GILDARDO TOLOZA DUEÑAS	4	4,35000	Dependiente

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 o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

GILDARDO
TOLOZA DUEÑAS
CC - 74346706

CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL
901928930

Este carné es personal e intransferible.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 07/04/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901928930
Nombre:	CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL		
Dirección:	KR 29A 23 04		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	GLOSOMAR@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3103227878	**Tarifa:**	4,35000
Actividad Económica:	4432101 INSTALACIONES ELÉCTRICAS, INCLUYE INSTALACIONES DE SISTEMAS DE ILUMINACIÓN, ALARMA, ALUMBRADO DE CALLES Y SEÑALES ELÉCTRICAS, ALUMBRADO DE PISTAS DE AEROPUERTOS, TRASFORMADORES TRABAJOS DE CENTRALES DE ENERGÍA.		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 33480386	GLORIA SOFIA MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-034-76799	08/04/2025	CC 74859017	JOSE ELI GARCIA MURILLO	4	4,35000	Dependiente

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 o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JOSE ELI
GARCIA MURILLO
CC - 74859017

CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL
901928930

Este carné es personal e intransferible.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 07/04/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901928930
Nombre:	CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL		
Dirección:	KR 29A 23 04		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	GLOSOMAR@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3103227878	**Tarifa:**	4,35000
Actividad Económica:	4432101 INSTALACIONES ELÉCTRICAS, INCLUYE INSTALACIONES DE SISTEMAS DE ILUMINACIÓN, ALARMA, ALUMBRADO DE CALLES Y SEÑALES ELÉCTRICAS, ALUMBRADO DE PISTAS DE AEROPUERTOS, TRASFORMADORES TRABAJOS DE CENTRALES DE ENERGÍA.		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 33480386	GLORIA SOFIA MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-034-76513	08/04/2025	CC 74301198	JORGE EDUARDO NOCUA	4	4,35000	Dependiente

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 o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

JORGE EDUARDO
NOCUA
CC - 74301198

CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL
901928930

Este carné es personal e intransferible.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 07/04/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901928930
Nombre:	CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL		
Dirección:	KR 29A 23 04		
Departamento:	CASANARE	**Municipio:**	YOPAL
Correo electrónico:	GLOSOMAR@HOTMAIL.COM		
Teléfono:	3103227878	**Tarifa:**	4,35000
Actividad Económica:	4432101 INSTALACIONES ELÉCTRICAS, INCLUYE INSTALACIONES DE SISTEMAS DE ILUMINACIÓN, ALARMA, ALUMBRADO DE CALLES Y SEÑALES ELÉCTRICAS, ALUMBRADO DE PISTAS DE AEROPUERTOS, TRASFORMADORES TRABAJOS DE CENTRALES DE ENERGÍA.		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 33480386	GLORIA SOFIA MARTINEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-034-76575	08/04/2025	CC 9658390	VICTOR MANUEL BERNAL LOPEZ	4	4,35000	Dependiente

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 o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

Cordial saludo,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

VICTOR MANUEL
BERNAL LOPEZ
CC - 9658390

CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL
901928930

Este carné es personal e intransferible.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VICTOR MANUEL BERNAL LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **9658390,** se encuentra afiliado/a desde **13/09/2004** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de abril de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE EDUARDO NOCUA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.301.198**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Abril del 2025.

Cordialmente,

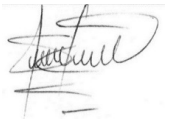
Gerencia de Clientes

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ELI GARCIA MURILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **74859017,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 08 de abril de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GILDARDO TOLOZA DUEÑAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **74.346.706**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Abril del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 07042025

200430688

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS):

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
TOLOZA	DUEÑAS	GILDARDO	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	74.346.706	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
MIRAFLORES	COLOMBIA	BOYACÁ	MIRAFLORES	23 08 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25.Tarifa Contribución Solidaria
		1.800.000	

26. Residencia — Dirección: CALLE 33 A TRANSV 6 - 90 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3142854058 — Correo Electrónico: gtoloza2010@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CASANARE	YOPAL		Cabecera Municipal [X] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				DD MM AAAA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B2				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B3				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B4				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B5				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]
B2					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]
B3					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]
B4					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]
B5					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B2			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B3			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B4			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B5			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

200430688

B. REPORTE DE NOVEDADES

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Iluminación Corozal	NIT	901928930	

59. Ubicación

Dirección: CR 29 A 23 04 — Teléfono fijo o Celular: 3103227878

Correo Electrónico: vimabelo100@hotmail.com — Departamento: CASANARE — Municipio / Distrito: YOPAL

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	07042025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS 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.
- [X] 75. Autorización para que la EPS 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.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
	Gloria Sofia

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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 la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. 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.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

SOLICITUD RECIBIDA PARA ESTUDIO

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA

1.118.544.609

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA	Nombre / Clave Asesor Comercial EPS SANITAS	1118544609

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 07042025

200430687

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS):

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
GARCIA	MURILLO	JOSE	ELI

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	74.859.017	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
YOPAL	COLOMBIA	CASANARE	YOPAL	11 11 1976

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		1.423.500	

26. Residencia — Dirección: CALLE 27 A N 10 - 91 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3508411983	jegam1176@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CASANARE	YOPAL		Cabecera Municipal [X] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				DD MM AAAA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	DD MM AAAA
B2				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	DD MM AAAA
B3				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	DD MM AAAA
B4				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	DD MM AAAA
B5				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual [ ]	País [ ] Departamento [ ] Municipio [ ]	DD MM AAAA

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]
B2					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]
B3					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]
B4					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]
B5					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B2			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B3			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B4			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B5			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

AIEV

200430687

B. REPORTE DE NOVEDADES

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Iluminación Corozal	NIT	901928930	

59. Ubicación

Dirección: CR 29 A 23 04

Teléfono fijo o Celular: 3103227878

Correo Electrónico: vimabelo100@hotmail.com

Departamento: CASANARE

Municipio / Distrito: YOPAL

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	07042025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS 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.
- [X] 75. Autorización para que la EPS 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.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
	Gloria Sofia

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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 la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. 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.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)
		SOLICITUD RECIBIDA PARA ESTUDIO		

OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre / Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 07042025

200430689

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS):

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NOCUA		JORGE	EDUARDO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	74.301.198	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
FLORESTA	COLOMBIA	BOYACÁ		01 10 1967

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25.Tarifa Contribución Solidaria
		1.500.000	

26. Residencia Dirección: CRA 23A N 17 - 08 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3164981286 — Correo Electrónico: jenocua@gmail.com

Departamento: CASANARE — Municipio / Distrito: YOPAL — Localidad / Comuna: — Zona: Cabecera Municipal [X] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				DD MM AAAA

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B2				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B3				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B4				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B5				Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]
B2					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]
B3					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]
B4					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]
B5					Si [ ] No [ ]	Nivel Grupo	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad	Si [ ] No [ ]

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B2			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B3			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B4			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		
B5			Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

200430689

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Iluminación Corozal	NIT	901928930	

59. Ubicación

Dirección: CR 29 A 23 04 — Teléfono fijo o Celular: 3103227878

Correo Electrónico: vimabelo100@hotmail.com — Departamento: CASANARE — Municipio / Distrito: YOPAL

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	07 04 2025	Código	

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 74. Autorización para que la EPS 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.
- [x] 75. Autorización para que la EPS 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
	Gloria Sofia

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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 la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. 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.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento — 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
		SOLICITUD RECIBIDA PARA ESTUDIO	D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre / Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 07042025

200430686

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] D. De Oficio [ ] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]

5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS):

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
BERNAL	LOPEZ	VICTOR	MANUEL

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	9.658.390	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
RECETOR	COLOMBIA	CASANARE	RECETOR	01 12 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		1.800.000	

26. Residencia — Dirección: KRA 29A N 23 - 04 — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3114400438 — Correo Electrónico: vimabelo@hotmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CASANARE	YOPAL		Cabecera Municipal [X] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ]		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				DD MM AAAA

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	DD MM AAAA

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]
B2					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]
B3					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]
B4					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]
B5					Si [ ] No [ ]	Nivel: Grupo:	Si [ ] No [ ] Categoría de discapacidad:	Si [ ] No [ ]

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

200430686

B. REPORTE DE NOVEDADES

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Consorcio Iluminación Corozal	NIT	901928930	

59. Ubicación

Dirección: CR 29 A 23 04 — Teléfono fijo o Celular: 3103227878

Correo Electrónico: vimabelo100@hotmail.com — Departamento: CASANARE — Municipio / Distrito: YOPAL

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	07042025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 74. Autorización para que la EPS 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.
- [x] 75. Autorización para que la EPS 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.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
	Gloria Sofia

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. 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 la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en 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.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. 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.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio — Código del departamento — 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

SOLICITUD RECIBIDA PARA ESTUDIO

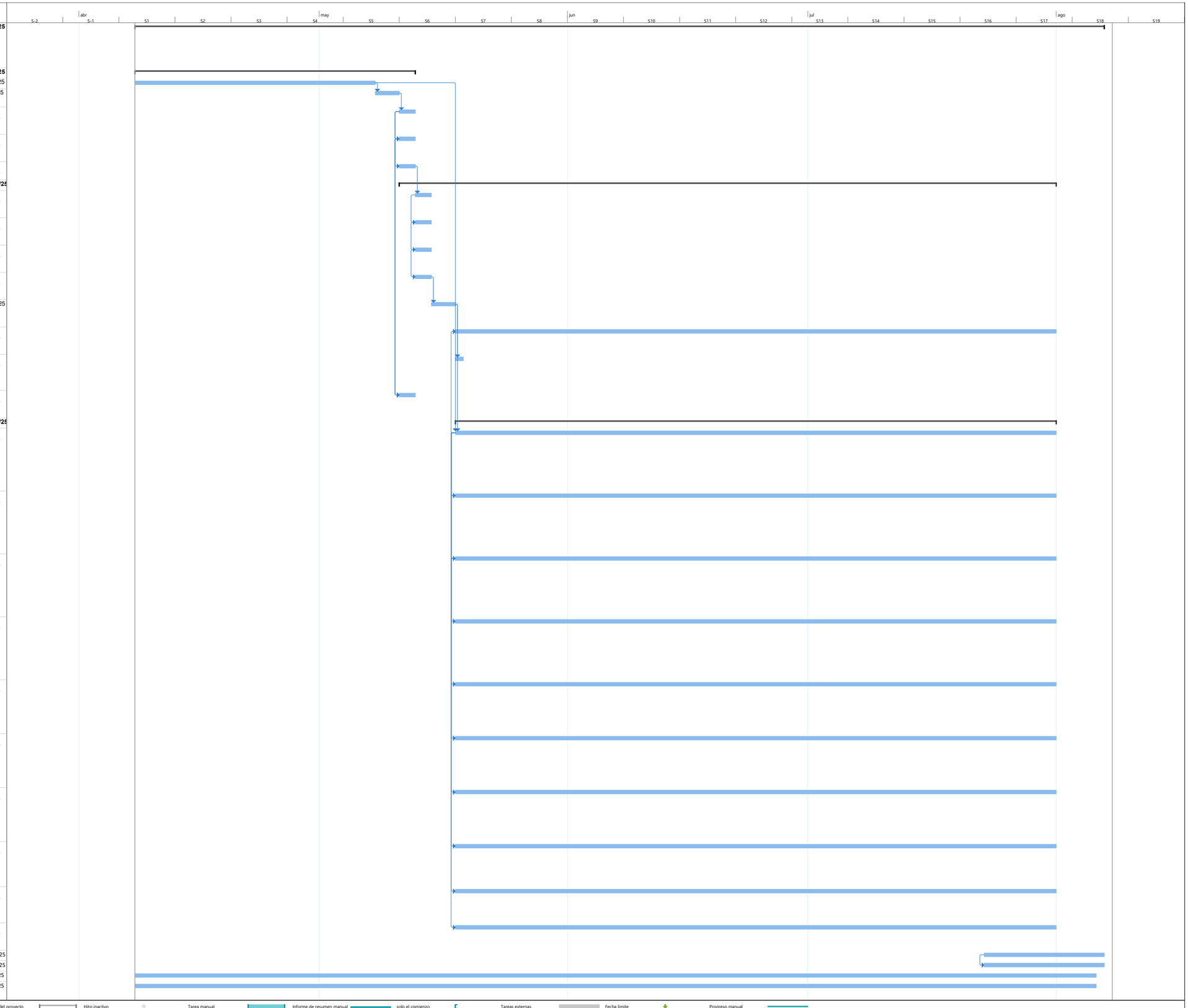
OBSERVACIONES:

HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre / Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
1118544609 HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA		1118544609

Id	Modo de tarea	Ítem	Nombre de tarea	Unidad	Cantidad	Duración	Comienzo
1			**AMPLIACIÓN, MODERNIZACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA DE ALUMBRADO PÚBLICO URBANO A TECNOLOGÍA LED DEL MUNICIPIO DE HATO COROZAL, DEPARTAMENTO DE CASANARE.**			**121 días**	**mar 8/04/25**
2		**1**	**RED DE BAJA TENSION**			**35 días**	**mar 8/04/25**
3		101	REPLANTEO EN BAJA TENSIÓN	Km	0,84	30 días	mar 8/04/25
4		102	APERTURA DE HUECO PARA POSTE O TEMPLETE DE B.T.	UND	34,00	3 días	jue 8/05/25
5		103	SUMINISTRO, ARRIMADA, HINCADA Y PLOMADA DE POSTE DE FERROCONCRETO DE 8 MTS. X 510 KGF.	UND	28,00	2 días	dom 11/05/25
6		104	SUMINISTRO, ARRIMADA, HINCADA Y PLOMADA DE POSTE DE FERROCONCRETO DE 8 MTS. X 1.050 KGF.	UND	6,00	2 días	dom 11/05/25
7		105	CIMENTACIÓN POSTE EXTRAREFORZADO DE B.T.	UND	4,00	2 días	dom 11/05/25
8		**2**	**RED TRENZADA BAJA TENSION**			**82 días**	**dom 11/05/25**
9		201	ESTRUCTURA DE SUSPENSION LA-320, SIN CAJA DE DISTRIBUCION DE ACOMETIDAS, SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	11,00	2 días	mar 13/05/25
10		202	ESTRUCTURA DE RETENCIÓN SENCILLA LA-321, SIN CAJA DE DISTRIBUCION DE ACOMETIDAS, SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	18,00	2 días	mar 13/05/25
11		203	ESTRUCTURA DE PASO CON DERIVACIÓN LA-322, SIN CAJA DE DISTRIBUCION DE ACOMETIDAS, SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	2,00	2 días	mar 13/05/25
12		204	SUMINISTRO DE RETENCION DOBLE LA 327, SIN CAJA DE DISTRIBUCION DE ACOMETIDAS, SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	2,00	2 días	mar 13/05/25
13		205	RED TRENZADA DE BAJA TENSIÓN 3Ø, 4 H EN CABLE ALUMINIO XLPE (2 X 35 MM2 + 1 X 35 MM2)	m	840,00	3 días	jue 15/05/25
14		206	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE KIT PUESTA A TIERRA EN ACERO INOXIDABLE PARA RED DE BAJA TENSIÓN	UND	274,00	75 días	dom 18/05/25
15		207	ESTRUCTURA LA334 (L3010) DE TRANSICIÓN DE CIRCUITO SECUNDARIO AÉREO DE RED TRENZADA A RED ABIERTA. SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	18,00	1 día	dom 18/05/25
16		208	PERCHA GALVANIZADA DE CINCO (5) PUESTOS, SUMINISTRO, TRANSPORTE Y VESTIDA	UND	14,00	2 días	dom 11/05/25
17		**3**	**ALUMBRADO PUBLICO**			**75 días**	**dom 18/05/25**
18		301	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA 32 LEDS 300-1000MA NW, POTENCIA 55W, FLUJO LUMINOSO 8412 LM, 4000K, IP66, TENSIÓN NOMINAL 120-277V, 50-60HZ, VIDA UTIL 100,000 HORAS, INCLUYE FUSIBLES, DPS Y BASE PARA FOTOCELDA 7 PINES.	UND	23,00	75 días	dom 18/05/25
19		302	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA 16 LEDS 300-1000MA NW, POTENCIA 55W, FLUJO LUMINOSO 7532 LM, 4000K, IP66, TENSIÓN NOMINAL 120-277V, 50-60HZ, VIDA UTIL 100,000 HORAS, INCLUYE FUSIBLES, DPS Y BASE PARA FOTOCELDA 7 PINES.	UND	638,00	75 días	dom 18/05/25
20		303	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA 16 LEDS 300-1000MA NW, POTENCIA 45W, FLUJO LUMINOSO 6347 LM, 4000K, IP66, TENSIÓN NOMINAL 120-277V, 50-60HZ, VIDA UTIL 100,000 HORAS, INCLUYE FUSIBLES, DPS Y BASE PARA FOTOCELDA 7 PINES.	UND	143,00	75 días	dom 18/05/25
21		304	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA 16 LEDS 300-1000MA NW, POTENCIA 30W, FLUJO LUMINOSO 4304 LM, 4000K, IP66, TENSIÓN NOMINAL 120-277V, 50-60HZ, VIDA UTIL 100,000 HORAS, INCLUYE FUSIBLES, DPS Y BASE PARA FOTOCELDA 7 PINES.	UND	91,00	75 días	dom 18/05/25
22		305	BRAZO GALVANIZADO EN CALIENTE DE 1 1/2" X 3,00 M, ESPESOR 3MM, PARA LUMINARIA HORIZONTAL EN POSTE DE CONCRETO, INCLUYE CABLE ENCAUCHETADO 3 X 14 AWG, SUMINISTRO E INSTALACIÓN.	UND	554,00	75 días	dom 18/05/25
23		306	BRAZO GALVANIZADO EN CALIENTE DE 1 1/2" X 2,00 M, ESPESOR 3MM, PARA LUMINARIA HORIZONTAL EN POSTE DE CONCRETO, INCLUYE CABLE ENCAUCHETADO 3 X 14 AWG, SUMINISTRO E INSTALACIÓN.	UND	277,00	75 días	dom 18/05/25
24		307	BRAZO GALVANIZADO EN CALIENTE DE 1 1/2" X 1,00 M, ESPESOR 3MM, PARA LUMINARIA HORIZONTAL EN POSTE DE CONCRETO, INCLUYE CABLE ENCAUCHETADO 3 X 14 AWG, SUMINISTRO E INSTALACIÓN.	UND	64,00	75 días	dom 18/05/25
25		308	SUMINISTRO E INSTALACION DE JUEGO CONECTORES DE TORNILLO DE PERFORACION DE CHAQUETA AISLADA PRINCIPAL 6 A 4/0 - DERIVACION 8 A 6 ILUM CDP70.	UND	1509,00	75 días	dom 18/05/25
26		309	SUMINISTRO E INSTALACION DE CONECTOR BIMETÁLICO DE 1 PERNO PARA LUMINARIAS DE TECNOLOGÍA LED SISTEMA DE ALUMBRADO PÚBLICO.	UND	1176,00	75 días	dom 18/05/25
27		310	DESMONTE LUMINARIA TECNOLOGIA DE SODIO Y/O LED DE CUALQUIER POTENCIA, INCLUYE DISPOSICIÓN FINAL.	UND	645,00	75 días	dom 18/05/25
28			CERTIFICACION RETIE		1	15 días	mié 23/07/25
29			CERTIFICACION RETILAP		1	15 días	mié 23/07/25
30			PLAN DE MANEJO DE TRANSITO (PMT)		1	120 días	mar 8/04/25
31			IMPLEMENTACION PLAN DE MANEJO AMBIENTAL (PMA)		1	120 días	mar 8/04/25



FLUJO DE INVERSIONES							
N°	**DESCRIPCIÓN**	**UNID.**	**CANTIDAD**	**MES 1**	**MES 2**	**MES 3**	**MES 4**
1	**RED DE BAJA TENSION**						
101	REPLANTEO EN BAJA TENSIÓN	Km	0,84	$ 517.917,96			
102	APERTURA DE HUECO PARA POSTE O TEMPLETE DE B.T.	UND	34,00		$ 3.036.302,00		
103	SUMINISTRO, ARRIMADA, HINCADA Y PLOMADA DE POSTE DE FERROCONCRETO DE 8 MTS. X 510 KGF.	UND	28,00		$ 31.979.681,16		
104	SUMINISTRO, ARRIMADA, HINCADA Y PLOMADA DE POSTE DE FERROCONCRETO DE 8 MTS. X 1.050 KGF.	UND	6,00		$ 10.044.420,00		
105	CIMENTACIÓN POSTE EXTRAREFORZADO DE B.T.	UND	4,00		$ 450.156,00		
				$ 517.917,96	**$ 45.510.559,16**	**$ -**	**$ -**
2	**RED TRENZADA BAJA TENSION**						
201	ESTRUCTURA DE SUSPENSION LA-320, SIN CAJA DE DISTRIBUCION DE ACOMETIDAS, SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	11,00		$ 1.167.766,38		
202	ESTRUCTURA DE RETENCIÓN SENCILLA LA-321, SIN CAJA DE DISTRIBUCION DE ACOMETIDAS, SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	18,00		$ 2.244.583,80		
203	ESTRUCTURA DE PASO CON DERIVACIÓN LA-322, SIN CAJA DE DISTRIBUCION DE ACOMETIDAS, SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	2,00		$ 471.172,22		
204	SUMINISTRO DE RETENCION DOBLE LA 327, SIN CAJA DE DISTRIBUCION DE ACOMETIDAS, SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	2,00		$ 596.015,40		
205	RED TRENZADA DE BAJA TENSIÓN 3Ø, 4 H EN CABLE ALUMINIO XLPE (2 X 35 MM2 + 1 X 35 MM2)	m	840,00		$ 19.702.359,60		
206	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE KIT PUESTA A TIERRA EN ACERO INOXIDABLE PARA RED DE BAJA TENSIÓN	UND	274,00		$ 40.895.018,77	$ 61.342.528,16	$ 51.118.773,47
207	ESTRUCTURA LA334 (L3010) DE TRANSICIÓN DE CIRCUITO SECUNDARIO AÉREO DE RED TRENZADA A RED ABIERTA. SUMINISTRO Y VESTIDA	UND	18,00		$ 2.531.510,64		
208	PERCHA GALVANIZADA DE CINCO (5) PUESTOS, SUMINISTRO, TRANSPORTE Y VESTIDA	UND	14,00		$ 1.988.808,78		
				$ -	**$ 69.597.235,59**	**$ 61.342.528,16**	**$ 51.118.773,47**
3	**ALUMBRADO PUBLICO**						
301	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA 32 LEDS 300-1000MA NW, POTENCIA 55W, FLUJO LUMINOSO 8412 LM, 4000K, IP66, TENSIÓN NOMINAL 120-277V, 50-60HZ, VIDA UTIL 100,000 HORAS, INCLUYE FUSIBLES, DPS Y BASE PARA FOTOCELDA 7 PINES.	UND	23,00		$ 12.314.568,31	$ 18.471.852,46	$ 15.393.210,38
302	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA 16 LEDS 300-1000MA NW, POTENCIA 55W, FLUJO LUMINOSO 7532 LM, 4000K, IP66, TENSIÓN NOMINAL 120-277V, 50-60HZ, VIDA UTIL 100,000 HORAS, INCLUYE FUSIBLES, DPS Y BASE PARA FOTOCELDA 7 PINES.	UND	638,00		$ 297.123.143,33	$ 445.684.714,99	$ 371.403.929,16
303	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA 16 LEDS 300-1000MA NW, POTENCIA 45W, FLUJO LUMINOSO 6347 LM, 4000K, IP66, TENSIÓN NOMINAL 120-277V, 50-60HZ, VIDA UTIL 100,000 HORAS, INCLUYE FUSIBLES, DPS Y BASE PARA FOTOCELDA 7 PINES.	UND	143,00		$ 66.596.566,61	$ 99.894.849,91	$ 83.245.708,26
304	SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE LUMINARIA 16 LEDS 300-1000MA NW, POTENCIA 30W, FLUJO LUMINOSO 4304 LM, 4000K, IP66, TENSIÓN NOMINAL 120-277V, 50-60HZ, VIDA UTIL 100,000 HORAS, INCLUYE FUSIBLES, DPS Y BASE PARA FOTOCELDA 7 PINES.	UND	91,00		$ 39.404.141,75	$ 59.106.212,62	$ 49.255.177,18

FLUJO DE INVERSIONES							
N°	**DESCRIPCIÓN**	**UNID.**	**CANTIDAD**	**MES 1**	**MES 2**	**MES 3**	**MES 4**
305	BRAZO GALVANIZADO EN CALIENTE DE 1 1/2" X 3,00 M, ESPESOR 3MM, PARA LUMINARIA HORIZONTAL EN POSTE DE CONCRETO, INCLUYE CABLE ENCAUCHETADO 3 X 14 AWG, SUMINISTRO E INSTALACIÓN.	UND	554,00		$ 70.346.676,24	$ 105.520.014,36	$ 87.933.345,30
306	BRAZO GALVANIZADO EN CALIENTE DE 1 1/2" X 2,00 M, ESPESOR 3MM, PARA LUMINARIA HORIZONTAL EN POSTE DE CONCRETO, INCLUYE CABLE ENCAUCHETADO 3 X 14 AWG, SUMINISTRO E INSTALACIÓN.	UND	277,00		$ 30.222.222,39	$ 45.333.333,59	$ 37.777.777,99
307	BRAZO GALVANIZADO EN CALIENTE DE 1 1/2" X 1,00 M, ESPESOR 3MM, PARA LUMINARIA HORIZONTAL EN POSTE DE CONCRETO, INCLUYE CABLE ENCAUCHETADO 3 X 14 AWG, SUMINISTRO E INSTALACIÓN.	UND	64,00		$ 5.756.376,06	$ 8.634.564,10	$ 7.195.470,08
308	SUMINISTRO E INSTALACION DE JUEGO CONECTORES DE TORNILLO DE PERFORACION DE CHAQUETA AISLADA PRINCIPAL 6 A 4/0 - DERIVACION 8 A 6 ILUM CDP70.	UND	1509,00		$ 25.208.589,44	$ 37.812.884,16	$ 31.510.736,80
309	SUMINISTRO E INSTALACION DE CONECTOR BIMETÁLICO DE 1 PERNO PARA LUMINARIAS DE TECNOLOGÍA LED SISTEMA DE ALUMBRADO PÚBLICO.	UND	1176,00		$ 13.431.676,16	$ 20.147.514,24	$ 16.789.595,20
310	DESMONTE LUMINARIA TECNOLOGIA DE SODIO Y/O LED DE CUALQUIER POTENCIA, INCLUYE DISPOSICIÓN FINAL.	UND	645,00		$ 35.401.194,80	$ 53.101.792,20	$ 44.251.493,50
				$ -	**$ 595.805.155,09**	**$ 893.707.732,63**	**$ 744.756.443,86**
	SUBTOTAL OBRA			**$ 517.917,96**	**$ 710.912.949,84**	**$ 955.050.260,79**	**$ 795.875.217,32**
	ADMINISTRACION			$ 129.479,49	$ 177.728.237,46	$ 238.762.565,20	$ 198.968.804,33
	IMPREVISTOS			$ 5.179,18	$ 7.109.129,50	$ 9.550.502,61	$ 7.958.752,17
	UTILIDAD			$ 31.075,08	$ 42.654.776,99	$ 57.303.015,65	$ 47.752.513,04
	CERTIFICACION RETIE						$ 24.623.563,00
	CERTIFICACION RETILAP						$ 44.685.387,00
	COSTO DE PLAN DE MANEJO DE TRANSITO (PMT)			$ 4.622.513,75	$ 4.622.513,75	$ 4.622.513,75	$ 4.622.513,75
	COSTO IMPLEMENTACION PLAN DE MANEJO AMBIENTAL (PMA)			$ 1.970.608,88	$ 1.970.608,88	$ 1.970.608,88	$ 1.970.608,88
	AJUSTE AL PESO						-$ 0,11
	VALOR TOTAL OBRA (AJUSTADO AL PESO)			**$ 7.276.774,34**	**$ 944.998.216,41**	**$ 1.267.259.466,87**	**$ 1.126.457.359,38**



CONSORCIO ILUMINACIÓN COROZAL
R/L GLORIA SOFIA MARTINEZ