ACTA DE INICIO

TIPO DE CONTRATO	CONTRATO No.	FECHA
OBRA	323	05 DE AGOSTO DE 2025
Objeto:	REALIZAR LA INDEPENDIZACIÓN DE LAS REDES ELÉCTRICAS DE ALUMBRADO PÚBLICO EN LA URBANIZACIÓN LA PALMAREÑA DEL MUNICIPIO DE TAURAMENA.	

CONTRATANTE	MUNICIPIO DE TAURAMENA
CONTRATISTA	EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ
C.C	79.799.614 de Bogotá D.C.
VALOR DEL CONTRATO	$ 362,314,799
VALOR DEL ANTICIPO (50%)	$ 181,157,400
PLAZO	TRES (03) MESES
INTERVENTORIA	N.A
SUPERVISION	LINO RODRIGUEZ OCHOA
APOYO A LA SUPERVISION	GABRIEL ARTURO CARDENAS PERILLA
FECHA PRESENTE ACTA	13 DE AGOSTO DE 2025
FECHA DE TERMINACION:	12 DE NOVIEMBRE DE 2025

En Tauramena, nos reunimos EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ, como contratista, LINO RODRIGUEZ OCHOA, como supuervisor y GABRIEL CARDENAS PERILLA, como apoyo a la supervisión, con el fin de suscribir la presente acta de ejecución contractual , atendiendo a las siguientes consideraciones:

1. El Contratista conoce y acepta todas y cada una de las cláusulas establecidas en el Contrato de la referencia.
2. Que el Contratista debe ceñirse a las especificaciones técnicas generales inherentes al contrato a desarrollar y a las particulares cuando se considere pertinente por razones netamente técnicas y de beneficio para el contrato.
3. Se verificó que el contratista presenta soportes de afiliación a salud, pensión y riesgos laborales del personal que inicia el desarrollo del contrato.
4. Que el contratista presentó la póliza No. 172118 Y 17368 expedida el día 05/08/2025 por la compañía de seguros SEGUREXPO COLOMBIA S.A, Nit 860.009.195-9, en la que se relacionan las garantías exigidas en el calusula CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA del contrato No. 323 DE 2025, la cúal fue aprobada por la Oficina Asesora Jurídica.
5. Que el contratista realizó el pago de las correspondientes estampillas: PRO - CULTURA, ADULTO MAYOR, TASA PRO DEPORTE Y RECREACIÓN E IMPUESTO DE TIMBRE
6. Se verificó el cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato, según lo establecido en las cláusulas VIGÉSIMA SEGUNDA y VIGÉSIMA TERCERA respectivamente.

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron.

Por el Municipio

LINO RODRIGUEZ OCHOA
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA

GABRIEL ARTURO CARDENAS PERILLA
APOYO A LA SUPERVISIÓN

Por el Contratista

EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ
CONTRATISTA

REALIZAR LA INDEPENDIZACIÓN DE LAS ALUMBRADO PÚBLICO EN LA URBANIZACIÓN MUNICIPIO DE TAURAMENA.
REDES LA ELÉCTRICAS PALMAREÑA

REALIZAR LA INDEPENDIZACIÓN DE LAS ALUMBRADO PÚBLICO EN LA URBANIZACIÓN MUNICIPIO DE TAURAMENA.
REDES LA ELÉCTRICAS PALMAREÑA

PLAN DE INVERSIÓN DEL ANTICIPO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	*$362,314,799.00*
VALOR DEL ANTICIPO	*$181,157,400.00*
VALOR DE GIRO DE ANTICIPO	*$181,157,400.00*

ÍTEM	DESCRIPCION	Actividades de Inversion del anticipo	%	VALOR
1	1. Pago mano de obra		60.00%	$108,694,439.70
2	2. Materiales		40.00%	$72,462,959.80
	ANTICIPO	*50.00%*		*$181,157,400.00*

CÓDIGO	PROYECTO	VALOR COTRATO	GIRO DE ANTICIPO	ORIGEN RECURSOS
2.3.21.2102.1900.20250000 0023704	MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE ENERGIA ELECTRICA EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA	$362,314,799.00	$181,157,400.00	1.3.3.3.14 R.B. IMPUESTO DE ALUMBRADO PUBLICO
REGISTRO PRESUPUESTAL No	749 del 05 de agosto de 2025	**$362,314,799.00**	**$181,157,400.00**	

Elaboró:

EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ
Contatista

Aprobó:

LINO RODRIGUEZ OCHOA
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA
Supervisor Designado

GABRIEL CARDENAS PERILLA
Profesional de apoyo S.I

REALIZAR LA INDEPENDIZACIÓN DE LAS ALUMBRADO PÚBLICO EN LA URBANIZACIÓN MUNICIPIO DE TAURAMENA.
REDES LA ELÉCTRICAS PALMAREÑA

REALIZAR LA INDEPENDIZACIÓN DE LAS ALUMBRADO PÚBLICO EN LA URBANIZACIÓN MUNICIPIO DE TAURAMENA.
REDES LA ELÉCTRICAS PALMAREÑA

PLAN DE INVERSIÓN DEL ANTICIPO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	***$362,314,799.00***
VALOR DEL ANTICIPO	*$181,157,400.00*
VALOR DE GIRO DE ANTICIPO	***$181,157,400.00***

ÍTEM	DESCRIPCION	Actividades de Inversion del anticipo	%	VALOR
1	1. Pago mano de obra		60.00%	$108,694,439.70
2	2. Materiales		40.00%	$72,462,959.80
	ANTICIPO	***50.00%***		***$181,157,400.00***

CÓDIGO	PROYECTO	VALOR COTRATO	GIRO DE ANTICIPO	ORIGEN RECURSOS
2.3.21.2102.1900.20250000 0023704	MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DE ENERGIA ELECTRICA EN EL MUNICIPIO DE TAURAMENA	$362,314,799.00	$181,157,400.00	1.3.3.3.14 R.B. IMPUESTO DE ALUMBRADO PUBLICO
REGISTRO PRESUPUESTAL No	749 del 05 de agosto de 2025	**$362,314,799.00**	**$181,157,400.00**	

Elaboró:

EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ
Contatista

Aprobó:

LINO RODRIGUEZ OCHOA
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA
Supervisor Designado

GABRIEL CARDENAS PERILLA
Profesional de apoyo S.I

ARL | sura

Medellín, 12 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CASANARE, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número Identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1032496789	ORTEGON MELO SINDY PAOLA	13/08/2025		251243t²	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C4148988	ROA BARRETO MILTON	13/08/2025		D205s262	DEPENDIENTE	POR INICIAR
C1052387924	RODRIGUEZ ESCOBAR JAIRO HUMBERTO	13/08/2025		41451891	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C797996142522435778

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/08/2025 09:56:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.207.43, 192.230.104.9, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 13 08 2025

200584605

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No X

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(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
RODRIGUEZ	ESCOBAR	JAIRO	HUMBERTO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
CC	1052387924	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		D D M M A A A A

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 X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	COLPENSIONES	1423500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 6 17 42	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3013615865	jairorodriguezescobar@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CASANARE	TAURAMENA		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	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	

33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		D D M M A A A A

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	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

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			

A. AFILIACIÓN

ADRES

200584605

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	E S E HOSPITAL LOCAL DE TAURAMENA		
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)
EDWAR ALEXANDER BARRETO	CC	79799614	

59. Ubicación
Dirección: | Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: | Departamento: CASANARE | Municipio / Distrito: TAURAMENA

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
RODRIGUEZ	ESCOBAR	JAIRO	HUMBERTO

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
CC	1052387924	Femenino Masculino X	F M X 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
SANITAS	13 08 2025	Código	

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 información 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.
- [X] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [X] 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

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

EPS Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN
POR LA EPS

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
			Recibido por: 13 08 2025	D D M M A A A A

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
SEGUROS GRANAHORRO 901397622		

8. REPORTE DE NOVEDADES

LA SUBDIRECTORA OPERATIVA DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CASANARE "COMFACASANARE"

HACE CONSTAR

Que de acuerdo a la información de nuestro archivo, constatamos que la documentación de la afiliación del señor(a) **JAIRO HUMBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR** identificado con cédula de ciudadanía No. **1052387924** ha sido radicada y su cargue en el sistema se encuentra pendiente en el orden de la respectiva revisión por el área encargada.

Información laboral:

Nit	Razón Social	Fecha afiliación solicitada
79799614	EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ	2025-08-13

Codigo radicacion:2025-08-12-cJYvV4Bkr-afi

Esta constancia se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Agosto de 2025

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAIRO HUMBERTO RODRIGUEZ ESCOBAR** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1052387924,** se encuentra afiliado/a desde **29/04/2019** 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 12 de agosto 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015295692	1|2|0|8|2|0|2|5

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

1.tipo de tramite	2 Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres			
ORTEGON Primer apellido	MELO Segundo apellido	SINDY Primer nombre	PAOLA Segundo nombre

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1032496789	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA	1|7|0|3|1|9|9|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
6		SI ☐ NO ☒ Categoria Discapacidad	SI ☐ NO ☒	Nivel Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	COLFONDOS	1423500	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 17 A BIS 70 B 37 SUR	6017425	3212491640	PAOLA.ORTEGON17@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	CIUDAD BOLÍVAR	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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 documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS ENSUENO - VS ENSUENO	VSCANDEL - VSCANDLL
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ	CC	79799614	01

59.Ubicación				
TV 16 B B 82 Dirección	7252623 Teléfono fijo o celular	EDWWARDB@HOTMAIL.COM Correo electrónico	CASANARE Departamento	TAURAMENA Municipio/distrito

No de Radicacion
4015295692

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección 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
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relac on laboral o perdida 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 fallec.m.ento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1/3/0/0/2/0/2/5	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69.☐ Declaración 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 documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72.☒ Declaración de no información del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionalos on una Institución Prestadora de Salud .
- 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
- 74.☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- 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
- 76.☒ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje 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 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

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- ☐ 84. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

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 documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

LA SUBDIRECTORA OPERATIVA DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CASANARE "COMFACASANARE"

HACE CONSTAR

Que de acuerdo a la información de nuestro archivo, constatamos que la documentación de la afiliación del señor(a) **SINDY PAOLA ORTEGON MELO** identificado con cédula de ciudadanía No. **1032496789** ha sido radicada y su cargue en el sistema se encuentra pendiente en el orden de la respectiva revisión por el área encargada.

Información laboral:

Nit	Razón Social	Fecha afiliación solicitada
79799614	EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ	2025-08-13

Codigo radicacion:2025-08-12-egkPn62pF-afi

Esta constancia se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Agosto de 2025

porvenir
sólo hay uno

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:

SINDY PAOLA ORTEGON MELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.496.789**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MILTON ROA BARRETO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4148988,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2023** 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 12 de agosto 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.

LA SUBDIRECTORA OPERATIVA DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CASANARE "COMFACASANARE"

HACE CONSTAR

Que de acuerdo a la información de nuestro archivo, constatamos que la documentación de la afiliación del señor(a) **MILTON ROA BARRETO** identificado con cédula de ciudadanía No. **4148988** ha sido radicada y su cargue en el sistema se encuentra pendiente en el orden de la respectiva revisión por el área encargada.

Información laboral:

Nit	Razón Social	Fecha afiliación solicitada
79799614	EDWAR ALEXANDER BARRETO GUTIERREZ	2025-08-13

Codigo radicacion:2025-08-12-ZRGXMkwNQ-afi

Esta constancia se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Agosto de 2025

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 12/08/2025, el empleador EDWAR ALEXANDER BARRETO identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79799614 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

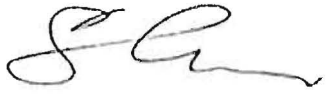
NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9146697	12/08/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	4148988	MILTON ROA BARRETO	1423500	INSPECTOR DE OBRAS	2025-08-13

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Agosto del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva