1. RESUMEN

La construcción y optimización de sistemas de acueducto y alcantarillado representan un pilar esencial en el desarrollo de infraestructura y la mejora de las condiciones de vida de las comunidades. Sin embargo, estas actividades también conllevan riesgos inherentes que, de no gestionarse adecuadamente, pueden comprometer la seguridad y salud de los trabajadores. Como interventoría, asumimos la responsabilidad de garantizar que estas labores se desarrollen bajo estrictas condiciones de seguridad, apoyándonos en un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) robusto y alineado con la normatividad vigente.

El SG-SST implementado en este proyecto tiene como objetivo prevenir accidentes y enfermedades laborales mediante la supervisión y planificación exhaustivas de actividades críticas, como excavaciones, manejo de materiales y uso de maquinaria pesada. Desde la interventoría, se asegura que cada etapa del proyecto contemple la identificación de peligros, evaluación de riesgos, y la implementación de medidas preventivas y correctivas, priorizando el bienestar de todos los involucrados.

Además, el cumplimiento de normativas nacionales, como el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 312 de 2019, es una prioridad para la interventoría. Este marco legal garantiza que todas las actividades, recursos y procedimientos se ajusten a estándares técnicos, incluyendo la capacitación continua del personal, la inspección de equipos, y la adopción de prácticas responsables que promuevan un entorno de trabajo seguro y eficiente.

La interventoría no solo supervisa el cumplimiento de los requisitos legales, sino que también se enfoca en promover una cultura preventiva y en fomentar el compromiso de todos los actores del proyecto con la seguridad y salud en el trabajo. Esto permite optimizar recursos, minimizar riesgos y contribuir al desarrollo sostenible, asegurando tanto la calidad de la obra como la protección de las personas y el medio ambiente.

2. PERSONAL MINIMO DE INTERVENTORÍA

El CONSORCIO INTERACUEDUCTO COTA cuenta con el siguiente personal mínimo para el seguimiento del proceso constructivo:

Tabla 1. Personal Mínimo de interventoría

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	DEDICACIÓN	FECHA DE INGRESO	NOVEDAD
1	Candelaria Mendoza	1104011113	Directora de Interventoría	20%	1-06-2024	*Activo*
2	Jorge Martínez	1073810191	Residente de Interventoría	100%	1-12-2024	*Activo*
3	Angie Martínez	1100691847	Residente de Interventoría	100%	1-12-2024	*Activo*

N°	NOMBRE	CEDULA	CARGO	DEDICACIÓN	FECHA DE INGRESO	NOVEDAD
4	Jhony Turizo	1065636174	Asesor en Ingeniería Eléctrica	20%	1-06-2024	*Activo*
5	Esteban Bermúdez	1081808241	Asesor en Hidráulica	25%	1-06-2024	*Activo*
6	Mario Rolando Bonilla	73200361	Asesor en Geotecnia	20%	1-06-2024	*Activo*
7	Camilo Castilla	1003314815	Asesor en estructuras	20%	1-06-2024	*Activo*
8	Sandra Egea	49795358	Esp. En Vías	20%	1-06-2024	*Activo*
9	Zoraya Ruiz Olaya	52084547	Arq. Obras de Urbanismo	20%	1-06-2024	*Activo*
10	Camila Santander	1047440968	Asesor Ambiental	25%	1-06-2024	*Activo*
11	Mónica Liliana Pérez	1091658435	Profesional SST	100%	1-12-2024	*Activo*
12	Alfredo Enrique Pinto	78.015.580	Topógrafo	65%	1-06-2024	*Activo*
13	Freeman Julio Orozco	84072873	Topógrafo	65%	1-06-2024	*Activo*
14	Carlos Fonseca	1120752869	Auxiliar de Administración	100%	1-06-2024	*Activo*
15	Sebastián Hernández Quintana	1072716725	Auxiliar de Ingeniería	100%	1-06-2024	*Activo*
16	Yuliana Ochoa	52515728	Cadenero	65%	1-06-2024	*Activo*
17	Yazmina Ochoa	49716984	Cadenero	65%	1-06-2024	*Activo*
18	Alexander de los ríos	79822790	Secretario	100%	1-06-2024	*Activo*

2.1. PERSONAL DE INTERVENTORIA RETIRADO EN EL PERIODO

En el presente periodo, no se presentó retiros del personal.

3. AFILIACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Las afiliaciones al sistema de seguridad social integral son fundamentales para garantizar la protección social de los trabajadores y sus familias. A través de estas afiliaciones, los trabajadores tienen acceso a prestaciones esenciales como pensiones, salud, riesgos laborales y protección a la familia, contribuyendo así a la construcción de una sociedad más justa y equitativa. En este sentido, es importante destacar la obligación de los empleadores de afiliar a sus trabajadores al sistema

de seguridad social integral, asegurando de esta manera el bienestar y la estabilidad de los trabajadores.

Para el periodo no se presentaron ingresos del personal.
Ver anexo 1 Documentación del personal

3.1. PERSONAL DE CONTRATISTA DE OBRA

Las afiliaciones en seguridad social son un componente crítico para garantizar que los trabajadores estén protegidos contra los riesgos laborales y que tengan acceso a servicios de salud y pensiones adecuados. La interventoría, como actividad que busca garantizar la calidad, seguridad y cumplimiento de los proyectos y contratos, debe considerar la gestión de los riesgos laborales y la protección de los trabajadores como un aspecto fundamental.

En este contexto, las afiliaciones en seguridad social se convierten en un elemento clave para garantizar que los trabajadores estén protegidos contra los riesgos laborales y que tengan acceso a servicios de salud y pensiones adecuados.

A continuación, se presentará una revisión detallada de las afiliaciones en seguridad social, analizando los diferentes componentes de la seguridad social, los requisitos y obligaciones para las empresas y los trabajadores, y la importancia de la gestión de los riesgos laborales en la interventoría:

EMPRESA	NOMBRES	CARGO	EPS	ARL	NOVEDAD
INCOAZUR	ANA MENDEZ	RESIDENTE	NUEVA EPS	SURA	Activo
	GERMAN MARTINEZ VALDEZ	AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA	Activo
	BRAYAN OVALLE IPUANA	AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA	Retiro 31-03-25
	ALEXANDER SAN JUAN ESTRADA	AYUDANTE	COOSALUD	SURA	Activo
	ANIBAL CAICEDO PALACIO	AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA	Activo
	FRANCISCO VALDEZ RONDON	AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA	Activo
	DIEGO MUNEVAR GALEANO	AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA	Activo
	JUAN CARLOS CASTRO	AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA	Activo
	OMAR MERCADO	AYUDANTE	SALUD TOTAL	SURA	Activo
	HARDWICK ALEXANDER LUNA	CONDUCTOR	SALUD TOTAL	SURA	Activo
	YEIDUER URIANA	AYUDANTE	SANITAS	SURA	Activo
	RICARDO LUIS DAZA	AYUDANTE	NUEVA EPS	SURA	Activo
	JUAN MANUEL SANCHEZ	AYUDANTE	NUEVA EPS	SURA	Activo
	WILSON BENJUMEA	AYUDANTE	SANITAS	SURA	Activo

EMPRESA	NOMBRES	CARGO	EPS	ARL	NOVEDAD
	JOSE AMAYA	AYUDANTE	SANITAS	SURA	Activo
	JORGE ELIECER PEREZ	AYUDANTE	NUEVA EPS	SURA	Activo
	MIGUEL SANTIAGO NIÑO	AYUDANTE	COMPENSAR	SURA	Retiro 30-03-25
	CARLOS JAVIER VASQUEZ AMAYA	AYUDANTE	SANITAS	SURA	Ingreso 6-03-25
	MAYER WILFRETH DAZA COBO	AYUDANTE	SANITAS	SURA	Ingreso 6-03-25
	MANFRETH DE JESUS DAZA COBO	AYUDANTE	SANITAS	SURA	Ingreso 6-03-25
	HEINER ALFREDO BANQUETH SARMIENTO	AYUDANTE	SANITAS	SURA	Ingreso 6-03-25
	CARLOS EDUARDO SARMIENTO ARMENTA	AYUDANTE	SANITAS	SURA	Ingreso 6-03-25
	VICTOR LEONARDO PEÑA	OPERADOR DE MAQUINARIA	FAMISANAR	SURA	Ingreso 19-03-25
CONSORCIO HIDROSOLUCIONES	DIEGO CORREALES	RESIDENTE	SALUD TOTAL	POSITIVA	Activo
	HERMES VILLAMIZAR	OFICIAL	NUEVA EPS	POSITIVA	Activo
	LUIS ROJAS	AYUDANTE	NUEVA EPS	POSITIVA	Activo
	AURELIANO ANGARITA	OPERADOR	COMPENSAR	POSITIVA	Activo
	ALEXANDER RADA	AYUDANTE	FAMISANAR	POSITIVA	Retiro 15-03-25
	EDWIN BENTACOUR	CONDUCTOR	SURA	SURA	Activo
	EVER ARCINIEGAS	AYUDANTE	SALUD TOTAL	POSITIVA	Activo
	MAURICIO PANA	AYUDANTE	FAMISANAR	POSITIVA	Activo
	GUILLERMO LOPEZ	AYUDANTE	FAMISANAR	POSITIVA	Activo
	JULIO QUINTERO	AYUDANTE	COMPENSAR	POSITIVA	Activo
	MARIO ANGARITA	OPERADOR	COMPENSAR	POSITIVA	Activo
	HERICK ANTONIO HERMOSO	AYUDANTE	FAMISANAR	POSITIVA	Retiro 31-03-25
	EFREN GUTIERREZ	OPERADOR	SALUD TOTAL	POSITIVA	Activo
	ERIKA FIDELINA DELGADO	INSPECTOR A SST	COMPENSAR	POSITIVA	Ingreso 4-03-25
	FERNEY JAVIER DE AGUAS MENDOZA	OPERADOR MINICARGADOR	NUEVA EPS	POSITIVA	Ingreso 14-03-25
	PEDRO ANTONIO ROMERO VALBUENA	OFICIAL	FAMISANAR	POSITIVA	Ingreso 17-03-25
	GUSTAVO SIJUANA	OFICIAL	FAMISANAR	POSITIVA	Ingreso 17-03-25

Durante el período de marzo, todo el personal que ingresó a la obra (10 personas) recibió las inducciones pertinentes en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST), con el objetivo de garantizar el conocimiento y aplicación de las normas y procedimientos establecidos en el proyecto. Estas inducciones incluyeron aspectos clave como identificación de riesgos, uso adecuado de Equipos de Protección Personal (EPP), normativas de seguridad, procedimientos de emergencia y buenas prácticas laborales.

Asimismo, se verificó que cada trabajador cumple con los requisitos y obligaciones exigidos, incluyendo la afiliación al sistema de seguridad social, exámenes médicos ocupacionales y la entrega de la documentación requerida para su vinculación formal. Con estas acciones, se refuerza el compromiso con la seguridad, el cumplimiento normativo y la prevención de incidentes en el desarrollo de las actividades.

En cuanto a egresos se presentó en el periodo 4 egresos, los cuales cuentan con sus respectivos soportes que se pueden validar en el informe mensual sst No. 4 del contrato de obra No. 112-2023

4. CARACTERIZACIÓN DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO

La accidentalidad y ausentismos en el trabajo son problemas críticos que afectan no solo la productividad y eficiencia de las organizaciones, sino también la salud y bienestar de los trabajadores. La accidentalidad se refiere a los accidentes e incidentes que ocurren en el lugar de trabajo, mientras que el ausentismo se refiere a las ausencias injustificadas o prolongadas del trabajo.

A continuación, se relacionan los indicadores de accidentalidad y de ausentismos reportados en el mes de enero:

- Accidentalidad y enfermedad laboral o común

INDICADORES		
INDICADOR	**FORMULA**	**ANALISIS**
Índice de Frecuencia	$\frac{No.\,de\ accidentes\ de\ trabajo\ que\ se\ presentaron\ en\ el\ mes}{No.\,de\ trabajadores\ en\ el\ mes} x100$	Para el presente periodo no se presentaron accidentes de trabajo
Índice de Severidad	$\frac{No.\,de\ días\ de\ incapacidad\ por\ AT\ en\ el\ mes + No.\,días\ cargados}{No.\,de\ trabajadores\ en\ el\ mes} x100$	Para el presente periodo no se presentaron incapacidades.
Índice de Mortalidad	$\frac{No.\,de\ accidentes\ de\ trabajo\ mortales\ que\ se\ presentaron\ en\ el\ año}{Total\ de\ AT\ que\ se\ presentaron\ en\ el\ año} x100$	Para el presente periodo no se presentaron accidentes de trabajo mortales
Tasa de prevalencia	$\frac{No.\,de\ casos\ nuevos\ y\ antiguos\ \ de\ enfermedad\ laboral\ en\ el\ periodo}{Promedio\ de\ trabajadores} x100.000$	Hasta la fecha no se ha presentado

INDICADORES		
INDICADOR	**FORMULA**	**ANALISIS**
		enfermedades laborales
Tasas de Incidencia	$\frac{No.de\ casos\ nuevos\ de\ enfermedad\ laboral\ en\ el\ periodo}{Promedio\ de\ trabajadores} x100.000$	Hasta la fecha no se ha presentado enfermedades laborales

A continuación, se resumen la pirámide de accidentalidad de los diferentes contratos.

- **CONTRATO DE OBRA**

PERIODO	ACCIDENTE MORTAL	ACCIDENTE GRAVE	ACCIDENTE LEVE	INCIDENTES	ENFERMEDAD LABORAL
FEBRERO	0	0	0	0	0

- **CONTRATO DE INTERVENTORÍA**

PERIODO	ACCIDENTE MORTAL	ACCIDENTE GRAVE	ACCIDENTE LEVE	INCIDENTES	ENFERMEDAD LABORAL
FEBRERO	0	0	0	0	0

Hasta la fecha no se ha presentado incidente, accidente, ni enfermedades laborales.

Ver anexo 2 Certificado de accidentalidad

- **Ausentismo**

INDICADOR	FORMULA	ANALISIS
Ausentismo	$\frac{No.de\ días\ de\ ausencia\ por\ incapacidad\ laboral\ o\ común}{No.de\ días\ de\ trabajo}$ $\frac{0}{24*18} = 0\%$	Para el presente periodo no se presentaron ausentismos

5. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Los elementos de protección personal (EPP) son dispositivos o accesorios diseñados para proteger a los trabajadores de riesgos específicos en el lugar de trabajo. Estos elementos son fundamentales para prevenir accidentes y enfermedades laborales, y su uso adecuado es crucial para garantizar la seguridad

y salud de los trabajadores. Los EPP incluyen una variedad de artículos como cascos, guantes, gafas de seguridad, tapones para los oídos, respiradores, botas de seguridad y ropa de protección, entre otros. La selección y uso adecuado de los EPP es esencial para crear un ambiente de trabajo seguro y proteger a los trabajadores de lesiones y enfermedades.

Los equipos de protección personal son entregados a cada trabajador a su ingreso a obra y se van renovando por desgaste.

Ver anexo 3 Entrega de Epp

6. INDUCCIONES, CHARLAS Y CAPACITACIONES

6.1. INDUCCIONES

Para el periodo no se realizó inducciones de SST al personal mínimo de interventoría:

TIPO	FECHA	TEMA	N ° ASISTENTES
Inducción	-	Divulgación de políticas (SST, Tabaco, alcohol y drogas) Reglamento de Higiene, que son los peligros y su clasificación, que son actos y condiciones inseguras, como se reportan los actos y condiciones inseguras, que son accidentes, incidentes y enfermedades laborales, como se reportan, que son comités de apoyo (COPASST-COCOLAB), Como se conforman, para que sirven, que se hace en caso de emergencia, cual es el punto de encuentro, cuales y que son los PONS, como se clasifican la disposición de residuos	-

6.2. CAPACITACIONES

Para el periodo se realizaron las siguientes capacitaciones:

FECHA	TEMA	No. ASISTENTES
27-03-25	Consecuencias del cigarrillo y alcohol	4
13-03-25	Medidas de seguridad en las excavaciones	4
14-03-25	Funciones y responsabilidades COPASST - COCOLAB	8

Ver anexo 4 Inducción y Capacitaciones

7. COMITÉS DE APOYO

7.1. COPASST – COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En cumplimiento con la normatividad vigente, se presenta a continuación la conformación del Comité Paritario de Salud y Seguridad del Trabajo- COPASST, el cual está integrado por representantes de los trabajadores y del empleador, quienes han sido designados para velar por la promoción de la salud y la seguridad en el trabajo.

La conformación del COPASST es la siguiente:

- Presidente: Carlos Fonseca
- Secretario: Esteban Bermúdez
- Suplente 1: Sebastián Hernández
- Suplente 2: Camila Santander

La reunión mensual del COPASST fue ejecutada el día 24-03-2025

7.2. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL - COCOLAB

Con el propósito de promover un ambiente laboral armónico y respetuoso en nuestra empresa, se ha conformado nuevamente el comité de convivencia laboral – COCOLAB, debido al retiro de uno de los miembros.

La conformación del COCOLAB es la siguiente:

- Presidente: Jorge Martínez
- Secretario: Angie Martínez
- Suplente 1: Zoraya Ruiz
- Suplente 2: Jhony Turizo

Este comité se compromete a trabajar de manera conjunta para prevenir y resolver conflictos, promover la comunicación efectiva y fomentar una cultura de respeto y tolerancia en el lugar de trabajo. Así mismo se encargará de recibir y tramitar las quejas y denuncias relacionadas con la convivencia laboral y de velar por el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos para tal efecto.

Ver anexo 5 Comités de apoyo

8. INSPECCIONES

Las inspecciones planeadas son un elemento clave en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo. Estas inspecciones consisten en revisiones sistemáticas y metódicas del lugar de trabajo, equipos y procesos para identificar posibles riesgos y peligros. Su objetivo es prevenir accidentes y enfermedades laborales mediante la detección temprana de condiciones inseguras o peligrosas. Las inspecciones planeadas permiten a los empleadores tomar medidas correctivas oportunas, cumplir con regulaciones y estándares de seguridad y asegurar un ambiente laboral seguro y saludable para todos los trabajadores.

Por lo tanto, se relacionan las inspecciones que se realizaran cuando se ejecuten las actividades operativas:

1. Inspección a obra
2. Inspección de elementos de atención a emergencias
3. Inspección de orden y aseo
4. Inspección de EPP
5. Seguimiento a frentes de obra
6. Inspección a oficinas
7. Inspección a baños

Ver anexo 6 Inspecciones

9. VERIFICACIÓN DE EQUIPOS Y MAQUINARIA

En el periodo se utilizaron los siguientes equipos y/o maquinarias:

EMPRESA	MAQUINARIA Y/O EQUIPOS					
	Retroexcavadora	**Minicargador**	**Apisonador**	**Cortadora**	**Planta eléctrica**	**Equipo Termofusión**
INCOAZUR	X	X	X	X	X	X
CONSORCIO HIDROSOLUCIONES	X		X			

Desde el marco del seguimiento y control de las actividades en obra, se verifican los preoperacionales de la maquinaria y equipos utilizados en el proyecto. Estas inspecciones son fundamentales para garantizar la seguridad de los trabajadores, la operatividad eficiente de los equipos y el cumplimiento de la normativa vigente en Seguridad y Salud en el Trabajo.

9.1. SEGUIMIENTO CERTIFICADO A OPERADORES

NOMBRE	CERTIFICADO	FECHA DE VENCIMIENTO
Ferney de Aguas Mendoza	Minicargador	Vigente
Diego Munévar	Equipo Pesado	Vigente
Aureliano Angarita Albarracín	Excavadora	13-01-2026

10. PLAN DE EMERGENCIAS

En el lugar de trabajo, la seguridad y salud de empleados es prioridad. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por mantener un ambiente laboral seguro, pueden ocurrir emergencias inesperadas. Por eso, es fundamental contar con un plan de emergencias que permita responder de manera rápida y efectiva ante situaciones como incendios, accidentes laborales, desastres naturales o amenazas a la seguridad.

Por ende, se cuenta con el plan de emergencias, con su respectivo Planes Operativos Normalizados:

- Que hacer en caso de sismo
- Evacuación
- Que hacer en caso de incendio
- Que hacer en caso de colapso estructural
- Que hacer en caso de amenaza de tipo social
- Que hacer en caso de robo
- Que hacer en caso de accidentes o emergencias viales
- Que hacer en caso de derrame de sustancias químicas

10.1. SIMULACROS

Hasta la fecha no se ha ejecutado simulacros.

11. INDICADORES DE GESTIÓN

NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION	FORMULA	ANALISIS
Ejecución del Plan de trabajo	Porcentaje de Eficacia del Plan de Trabajo anual en el tiempo.	$\frac{Actividades\ ejecutadas\ en\ el\ mes}{Actividades\ programadas\ en\ el\ mes} x100$	Durante el mes de marzo se han ejecutado 15 actividades, dando un desempeño del 88%.
Programa de capacitación	Programa y plan de capacitación	$\frac{Actividades\ ejecutadas\ en\ el\ mes}{Actividades\ programadas\ en\ el\ mes} x100$	Durante el mes de marzo se dio cumplimiento del 100% de las actividades.

Inspecciones	Programa de inspecciones	$\frac{No.\,de\ inspecciones\ programadas}{No.\,de\ inspecciones\ ejecutadas} x100$	Durante el periodo se realizaron 7 inspecciones, dando cumplimiento del 100%.
Inducciones	Programa de inducción	$\frac{No.\,de\ inducciones}{No.\,de\ ingresos} x100$	Para este mes no se presentaron ingresos.

Tabla 2. Indicadores de Gestión

12. SEGUIMIENTO A FRENTES DE OBRA CONTRATO DE OBRA

El seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora (ACPM) es un componente esencial del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Este proceso permite identificar, abordar y prevenir situaciones que puedan comprometer la integridad física y el bienestar de los trabajadores. A través de la implementación de acciones correctivas, se busca remediar incidentes y condiciones de riesgo que ya se han presentado, mientras que las acciones preventivas se orientan a anticipar y evitar la ocurrencia de nuevos problemas. Por otro lado, las acciones de mejora contribuyen a optimizar los procesos y prácticas de trabajo, fomentando un entorno laboral más seguro y saludable.

Las acciones correctivas son validadas en campo para verificar su efectividad, y el contratista es responsable de subsanar los hallazgos encontrados, asegurando el cierre adecuado de las no conformidades identificadas.

13. PERMISOS DE TRABAJO Y ATS – ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

La revisión de los Análisis de Trabajo Seguro (ATS) y los permisos de trabajo constituye una actividad fundamental para garantizar la seguridad y el cumplimiento normativo en la ejecución del proyecto. Esta verificación permite asegurar que cada tarea identificada como de riesgo cuente con un análisis detallado de los peligros asociados y las medidas de control implementadas. Además, la interventoría supervisa que los permisos de trabajo sean diligenciados correctamente, aprobados por el personal competente y utilizados como herramienta de gestión del riesgo en actividades críticas como excavaciones y trabajos en altura. Cualquier hallazgo o desviación identificada en estos documentos es reportado oportunamente con el fin de tomar acciones correctivas que minimicen incidentes y protejan la integridad de los trabajadores.

14. REGISTRO FOTOGRÁFICO



FOTO 1. Delimitación de áreas



FOTO 2. Uso adecuado de Epp's



FOTO 3. Delimitación de áreas de trabajo



FOTO 4. Seguimiento de epp's



FOTO 5. Orden y Aseo

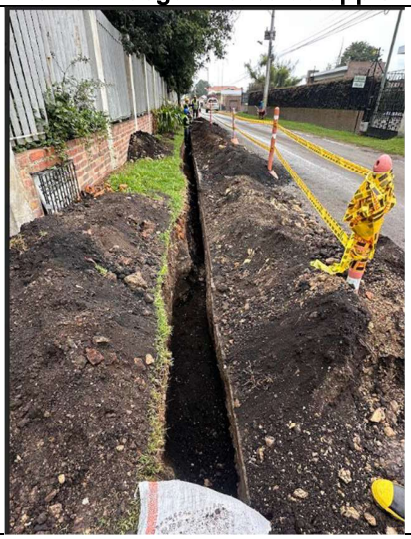
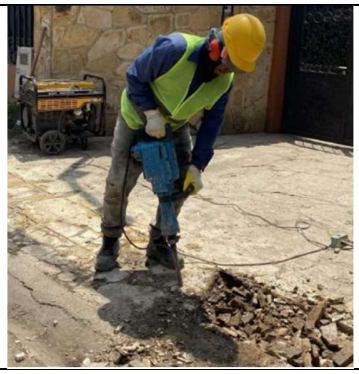
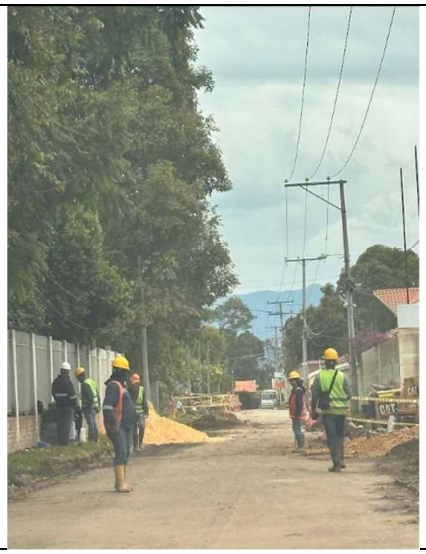
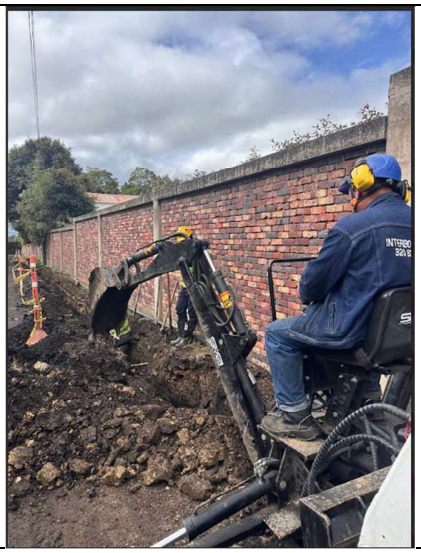


FOTO 6. Delimitación de areas

	
FOTO 7. Uso adecuado de protección auditiva	FOTO 8. Induccion SST
	
FOTO 9. Seguimiento a elementos de protección personal	FOTO 10. Punto de hidratación
	
FOTO 11. Charla SST	FOTO 12. Seguimiento a orden y aseo en la vía
	
FOTO 13. Delimitación de materiales	FOTO 14. Uso de protección auditiva

	
FOTO 15. Auxiliares de trafico	FOTO 16. Relleno a las excavaciones con el fin de mitigar caídas de mismo y distinto nivel
	
FOTO 17. Delimitación de áreas	FOTO 18. Delimitación áreas de trabajo
	
FOTO 19. Relleno a las excavaciones con el fin de mitigar caídas de mismo y distinto nivel	FOTO 20. Seguimiento de epp's

	
FOTO 21. Inspección de epp a operador	FOTO 22. Pausas activas
	
FOTO 23. Elementos de atención a emergencias en obra	FOTO 24. Pausas activas

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
NIT 901707176	1	CONSORCIO AQUA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 16 106 65 AP 403 ED ROCALLA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3016193827	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2025-02	2025-03	1374584253	9483485452	E	2025/03/19	2025/03/31	BANCOLOMBIA	12	$20,458,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (18 Afiliados)																							$39,346,467	$6,895,700			$39,346,467	$4,918,800			$39,346,467	$1,574,300			$39,346,467		$2,738,800		$39,346,467	$1,968,400		$18,096,000
Centro de Trabajo: Principal (18 Afiliados)																							$39,346,467	$6,895,700			$39,346,467	$4,918,800			$39,346,467	$1,574,300			$39,346,467		$2,738,800		$39,346,467	$1,968,400		$18,096,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (18 Afiliados)																							$39,346,467	$6,895,700			$39,346,467	$4,918,800			$39,346,467	$1,574,300			$39,346,467		$2,738,800		$39,346,467	$1,968,400		$18,096,000
1	CC	1124191506	ACOSTA CHITIVA DERLY JASBREIDY	X																	23020 1	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$375,000	CCF22	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	6.960%	$208,800	30	$3,000,000	$150,000	No	$1,333,800
2	CC	1057710095	ACOSTA NEIRA JUAN CAMILO																		23020 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$250,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$2,000,000	$100,000	No	$889,200
3	CC	66683378	ARANGO SOTELO LUZ KARINE																		23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$250,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$2,000,000	$100,000	No	$889,200
4	CC	73188644	ARRIETA LOZANO JUAN JOSE																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$250,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$2,000,000	$100,000	No	$889,200
5	CC	1072647805	CALDERON NEIRA ANDRES FELIPE																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
6	CC	1115941360	CAMPAZ OSPINA JESUS ANDRES																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
7	CC	1014194404	CANO SIERRA BRAYAN FELIPE																		23020 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
8	CC	73577753	CORREA MARIMON RICARDO																		23030 1	30	$4,000,000	$1,040,000	EPS002	30	$4,000,000	$500,000	CCF22	30	$4,000,000	$160,000	14-11	30	$4,000,000	6.960%	$278,400	30	$4,000,000	$200,000	No	$2,178,400
9	CC	9149350	DRIAZA GUERRA CRISTIAN MAURICIO																		25-14	30	$2,000,000	$520,000	EPS010	30	$2,000,000	$250,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$2,000,000	$100,000	No	$1,089,200
10	CC	80450450	GARAY QUEVEDO JAVIER MAURICIO																		23100 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
11	CC	1020752041	GONZALEZ CASTELBLANCO ANDRES FELIPE																		23100 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS008	30	$2,000,000	$250,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$2,000,000	$100,000	No	$889,200
12	CC	75072691	JIMENEZ MAURICIO																		23030 1	30	$2,000,000	$320,000	EPS010	30	$2,000,000	$250,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-11	30	$2,000,000	6.960%	$139,200	30	$2,000,000	$100,000	No	$889,200
13	CC	40331681	MARROQUIN MURCIA ANELEY	X																	23020 1	27	$1,281,150	$205,000	EPS005	27	$1,281,150	$160,200	CCF22	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	6.960%	$89,200	27	$1,281,150	$64,200	No	$569,900
14	CC	13478040	NOSSA CABANZO CARLOS AUGUSTO	X																	25-14	29	$3,866,667	$618,700	EPS010	29	$3,866,667	$483,400	CCF22	29	$3,866,667	$154,700	14-11	29	$3,866,667	6.960%	$269,200	29	$3,866,667	$193,500	No	$1,719,500
15	CC	1022394213	PINZON GONZALEZ JEAN PAUL																		23030 1	30	$1,800,000	$288,000	EPS017	30	$1,800,000	$225,000	CCF22	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	30	$1,800,000	$90,000	No	$800,300
16	CC	1066188494	RIVERO VASQUEZ MANUEL ANTONIO																		23030 1	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$1,423,500	$71,300	No	$633,200
17	CC	1006220408	TORRES PLAZAS ERIKA JULIETH	X																	25-14	27	$1,281,150	$205,000	EPS008	27	$1,281,150	$160,200	CCF22	27	$1,281,150	$51,300	14-11	27	$1,281,150	6.960%	$89,200	27	$1,281,150	$64,200	No	$569,900
18	CC	72000831	VELASQUEZ LEAL EPIFANIO																		23020 1	30	$5,000,000	$800,000	EPS005	30	$5,000,000	$625,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-11	30	$5,000,000	6.960%	$348,000	30	$5,000,000	$250,000	No	$2,223,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: ADMINISTRATIVA (1 Afiliados)																							$4,600,000	$1,196,000			$4,600,000	$575,000			$4,600,000	$184,000			$4,600,000		$24,100		$4,600,000	$230,000		$2,209,100
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVA (1 Afiliados)																							$4,600,000	$1,196,000			$4,600,000	$575,000			$4,600,000	$184,000			$4,600,000		$24,100		$4,600,000	$230,000		$2,209,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$4,600,000	$1,196,000			$4,600,000	$575,000			$4,600,000	$184,000			$4,600,000		$24,100		$4,600,000	$230,000		$2,209,100
19	CC	1122811442	FONSECA SOLANO DORIKA ANDREA																		23030 1	30	$4,600,000	$1,196,000	EPS005	30	$4,600,000	$575,000	CCF22	30	$4,600,000	$184,000	14-11	30	$4,600,000	0.522%	$24,100	30	$4,600,000	$230,000	No	$2,209,100
Total			**Afiliados(19)**																				$43,946,467	$8,091,700			$43,946,467	$5,493,800			$43,946,467	$1,758,300			$43,946,467		$2,762,900		$43,946,467	$2,198,400		$20,305,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901707176	1	CONSORCIO AQUA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CR 16 106 65 AP 403 ED ROCALLA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3016193827	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1374584253	9483485452	E	2025/03/19	2025/03/31	BANCOLOMBIA	12	$20,458,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				19	$8,091,700	$61,100	$0	$8,152,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	2	$547,800	$4,200	$0	$552,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	4	$1,663,700	$12,600	$0	$1,676,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$3,847,400	$29,000	$0	$3,876,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$2,032,800	$15,300	$0	$2,048,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$2,762,900	$20,800	$0	$2,783,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	19	$2,762,900	$20,800	$0	$2,783,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,758,300	$13,300	$0	$1,771,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	19	$1,758,300	$13,300	$0	$1,771,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				19	$5,493,800	$41,500	$0	$5,535,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$838,200	$6,300	$0	$844,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	4	$1,233,400	$9,300	$0	$1,242,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$581,000	$4,400	$0	$585,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$1,106,000	$8,400	$0	$1,114,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$1,735,200	$13,100	$0	$1,748,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$1,319,100	$10,000	$0	$1,329,100
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	19	$1,319,100	$10,000	$0	$1,329,100
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				19	$879,300	$6,700	$0	$886,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	19	$879,300	$6,700	$0	$886,000
TOTAL				19	$20,305,100	$153,400	$0	$20,458,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900884569	6	INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ACUEDUCTO	VERDAPUEBLO VIEJO COTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3192206557	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1353355343	9483340234	E	2025/03/17	2025/03/21	BANCOLOMBIA	4	$6,999,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1002022762	ALCALA VARGAS YABE ANDRES		X																230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1121045718	AMAYA CANOLES JOSE ARIEL	X																	230201	13	$616,850	$98,700	EPS005	13	$616,850	$24,700	CCF22	13	$616,850	$24,700	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$191,100
3	CC	1120746175	BENJUMEA VASQUEZ WILSON SMITH	X																	230301	13	$616,850	$98,700	EPS005	13	$616,850	$24,700	CCF22	13	$616,850	$24,700	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$191,100
4	CC	1045682652	CAICEDO PALACIO ANIBAL JOSE																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
5	CC	1073825941	CARO LUNA JHON MAIRO	X	X																230201	1	$47,450	$7,600	EPS005	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
6	CC	1043011851	CASTRO BERDUGO JUAN CARLOS																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
7	CC	1120739898	DAZA SARMIENTO RICARDO LUIS	X																	230301	13	$616,850	$98,700	EPS037	13	$616,850	$24,700	CCF22	13	$616,850	$24,700	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$191,100
8	CC	8649664	DOMINGUEZ ARAUJO DEIVIS		X																231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
9	CC	1151472610	DURAN FUENMAYOR FRAN YUSTI																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
10	PT	2561037	MARTINEZ VALDEZ GERMAN DAVID																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
11	CC	1120754054	MENDEZ PEINADO ANA ISABEL																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
12	CC	1043026468	MERCADO BLANCO OMAR DAVID																		230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
13	CC	1124022665	OVALLE IPUANA BRAYAN SMITH																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
14	CC	1120745261	PEREZ PEREZ JORGE ELIECER	X																	25-14	13	$616,850	$98,700	EPS037	13	$616,850	$24,700	CCF22	13	$616,850	$24,700	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$191,100
15	CC	1065828017	RADA FONTALVO JOSE ALFREDO		X																230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
16	CC	1072647123	RODRIGUEZ NIÑO MIGUEL SANTIAGO	X																	230301	12	$569,400	$91,200	EPS008	12	$569,400	$22,800	CCF22	12	$569,400	$22,800	14-11	12	$569,400	$39,700	12	$0	$0	Si	$176,500
17	CC	17958144	SANCHEZ SOLANO JUAN MANUEL	X																	230301	13	$616,850	$98,700	EPS037	13	$616,850	$24,700	CCF22	13	$616,850	$24,700	14-11	13	$616,850	$43,000	13	$0	$0	Si	$191,100
18	CC	1001869189	SANJUAN ESTRADA ALEXANDER																		230301	30	$1,423,500	$227,800	ESSC24	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
19	CC	1124485111	URIANA YEIDUER JOSE	X																	230301	19	$901,550	$144,300	EPS005	19	$901,550	$36,100	CCF22	19	$901,550	$36,100	14-11	19	$901,550	$62,800	19	$0	$0	Si	$279,300
20	PT	5267025	VALDEZ RONDON FRANCISCO JAVIER																		25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
21	CC	1072664263	VELASQUEZ ROA JHON JAIRO		X																230301	18	$854,100	$136,700	EPS002	18	$854,100	$34,200	CCF22	18	$854,100	$34,200	14-11	18	$854,100	$59,500	18	$0	$0	Si	$264,600
Total	**Afiliados(21)**																					$22,538,750	$3,606,900			$22,538,750	$902,500			$22,538,750	$902,500			$22,538,750	$1,569,600		$0	$0		$6,981,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900884569	6	INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ACUEDUCTO	VERDAPUEBLO VIEJO COTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3192206557	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1353355343	9483340234	E	2025/03/17	2025/03/21	BANCOLOMBIA	4	$6,999,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				21	$3,606,900	$9,200	$0	$3,616,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$600	$0	$228,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$326,500	$900	$0	$327,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	13	$2,262,900	$5,700	$0	$2,268,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$789,700	$2,000	$0	$791,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				21	$1,569,600	$4,000	$0	$1,573,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	21	$1,569,600	$4,000	$0	$1,573,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				21	$902,500	$2,300	$0	$904,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	21	$902,500	$2,300	$0	$904,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				21	$902,500	$2,500	$0	$905,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$22,800	$100	$0	$22,900
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$57,000	$200	$0	$57,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$188,100	$500	$0	$188,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	10	$547,200	$1,400	$0	$548,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$87,400	$300	$0	$87,700
TOTAL				**21**	**$6,981,500**	**$18,000**	**$0**	**$6,999,500**



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.120.745.776
VASQUEZ AMAYA

APELLIDOS
CARLOS JAVIER

NOMBRES
Carlos Javier

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1991
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

28-DIC-2009 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-4800700-01330152-M-1120745776-20021121 0090880351A 1 9505436573

Medellín, 05 de Marzo 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 INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL , 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
C1120745776	VASQUEZ AMAYA CARLOS JAVIER	05/03/2025		18718251	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C11207528692506456387

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 05/03/2025 15:39:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.246.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

172465031

(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 ✓

2. Tipo de Afiliación: A. Individual | Cotizante o Cabeza de Familia ✓ | Beneficiario o Afiliado adicional | B. Colectiva | C. Institucional | D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo ✓ | B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ | B. Independiente | C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Vasquez | Segundo Apellido: Amaya | Primer Nombre: Carlos | Segundo Nombre: Javier

7. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC ✓ | PA | SC

8. Número del documento de identidad: 1120745776

9. Sexo: Femenino | Masculino ✓

10. Fecha de nacimiento: 14/05/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M | Condición T P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1423500

18. Residencia
Dirección: Mza 12 Casa 18 | Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3045632665 | Correo Electrónico: janervamaya414@gmail.com

Municipio / Distrito: Fonseca | Zona: Urbana ✓ Rural | Localidad / Comuna | Departamento: La Guajira

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC | PA | SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino | Masculino

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

KPDATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia AFILIADO -

Powered by CamScanner

35. Nombre o razón social: Inversiones y Confecciones Azul

36. Tipo documento de Identificación: NIT ☐ TI ☐ CE ☐ CC ☐ PA ☐ CD ☐

37. Número del documento de Identificación: 900845769

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito: Fonseca

Departamento: La Guajira

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código
- ☑ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad — ☐ A. Régimen Contributivo — ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado — ☐ A. Mismo Régimen — ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

III. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ PA ☐ CD ☐ SC ☐		Femenino ☐ Masculino ☐		05 03 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas (ACTIVO)	Código	

IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☑ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☑ 50. 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
- ☑ 51. 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
- ☑ 52. 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
- ☑ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución que ofició

IX. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Cantidad	TOTAL
☑	56. Anexo copia del documento de identidad										
☐	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente										
☐	58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital										
☐	59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital										
☐	60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor										
☐	61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia										
☐	62. Documento 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										
☐	63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud										
☐	64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas										
☐	65. Copia del acto administrativo o providencia judicial competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio										

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial (Código del Municipio / Código del Departamento)	67. Datos del SISBEN (Número de ficha / Puntaje / Nivel)	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones: Cargo Ayudante

40744582

Karen Gon...

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) CARLOS JAVIER VASQUEZ AMAYA identificado(a) con CC No. 1120745776, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS con NIT 9008845696:

- Fecha de afiliación a la Caja: 08/04/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 08/04/2025

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:

CARLOS JAVIER VASQUEZ AMAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.745.776**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:03:47 AM horas del 11/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1120745776**

Apellidos y Nombres: **VASQUEZ AMAYA CARLOS JAVIER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.120.751.712**

DAZA COBO
APELLIDOS

MANFRETH DE JESUS
NOMBRES

Manfreth Daza C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-AGO-1996**
FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-ENE-2015 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4800700-00675554-M-1120751712-20150305 **0043**426531A 1 41281315

Medellín, 05 de Marzo 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 INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL , 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
C1120751712	DAZA COBO MANFRETD DE JESUS	05/03/2025		71689514	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C11207528692506454686

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 05/03/2025 15:11:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.246.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

172465024

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Registro de Novedades ✓
2. Tipo de Afiliación: A. Individual / B. Cotizante Cabeza de Familia ✓ / C. Beneficiario Afiliado Adicional / D. [illegible]
3. Régimen: [illegible] ✓
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ / B. Independiente / C. Pensionado
Código: (Lo registra por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Daza	Cobo	manfreth	De Jesus

7. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC ✓ / PA / SC
8. Número del documento de identidad: 1120751712
9. Sexo: Femenino / Masculino ✓
10. Fecha de nacimiento: 24081996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad — Tipo: F N M — Condición: T P
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de Pensiones: porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1423500
18. Residencia
Dirección: Calle 7 # 18-65
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3242391783
Correo Electrónico: manfreth.daza@gmail.com
Municipio / Distrito: Fonseca
Zona: ~~Urbana~~ Rural
Localidad / Comuna
Departamento: La Guajira

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres — Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad: CN / TI / CE / CD / RC / CC / PA / SC
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino / Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Red Coop - Coosalud
Código de la IPS (a registrar por la EPS): 14974 14022

C
B
B
B

Original: EPS - la Copia: Empleador

Powered by CamScanner

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

35. Nombre o razón social: Inversiones Y Construcciones Azul

36. Tipo documento de Identificación: NIT ☐ TI ☐ CE ☐ CC ☐ PA ☐ CD ☐

37. Número del documento de Identificación: 900884569

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito: Fonseca

Departamento: La Guajira

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐
2. Corrección de datos básicos de identificación ☐
3. Actualización del documento de identidad ☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐
5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐
Código
6. Reinscripción en la EPS ☐
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐
13. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
14. Traslado ☑ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
15. Reporte de fallecimiento ☐
16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐
18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐
Número del documento de identidad:
Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐
Fecha de nacimiento:
42. Fecha:

43. EPS anterior: Cajacopi (CAGRO)
44. Motivo de traslado: Código 05
45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción ☐
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐
49. Declaración de no internación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud ☑
50. 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. ☑
51. 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 ☑
52. 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 ☑
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☑

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Manfreth Diaz Cobo

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio:

IX. ANEXOS

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL
56. Anexo copia del documento de identidad ☑	Cantidad									
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente ☐										
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital ☐										
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital ☐										
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor ☐										
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia ☐										
62. Documento 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 ☐										
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud ☐										
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐										
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en lo que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio ☐										

X. DATOS A SER DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio: Código del Departamento:

67. Datos del SISBEN
Número de ficha: Puntaje: Nivel:

68. Fecha de Radicación:

69. Fecha de Validación:

79. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:

Tipo de documento:
Número de documento de identidad:

71. Firma del Funcionario

Observaciones: Carpeta Completa

Nombre y Cargo del Funcionario que realiza la validación de la información registrada y de los datos básicos de identificación del cotizante y/o beneficiario

1094453 Luz Yane Gomez

Sello de Radicación

Sticker para Codificación

COPIA

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MANFRETH DE JESUS DAZA COBO identificado(a) con CC No. 1120751712, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS con NIT 9008845696:

- Fecha de afiliación a la Caja: 08/04/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 08/04/2025

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:

MANFRETH DE JESUS DAZA COBO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.751.712**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:05:00 AM horas del 11/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1120751712**

Apellidos y Nombres: **DAZA COBO MANFRETH DE JESUS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.192.784.093

DAZA COBO
APELLIDOS

MAYER WILFRETH
NOMBRES

MAYER DAZA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-2000

SAN JUAN DEL CESAR
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

08-FEB-2019 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4800700-01076616-M-1192784093-20190524 0065537617A 1 51000912

Medellín, 05 de Marzo 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 INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL , 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
C1192784093	DAZA COBO MAYER WILFRETH	05/03/2025		13609518	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C11207528692506455984

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 05/03/2025 15:33:04 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.246.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas

MANIFESTACION DE TRASLADO REALIZADO A TRAVÉS DEL SISTEMA DE AFILIACION TRANSACCIONAL (SAT)

Riohacha — 07/03/2025

Ciudad — Fecha

Señores
EPS SANITAS

Manifestación de afiliación realizada a través del SAT (Sistema de Afiliación Transaccional)

Por medio de la presente manifiesto que he realizado mi solicitud de traslado y/o el de mis beneficiarios a EPS Sanitas a través del sistema de afiliación transaccional (SAT) por medio del portal web www.miseguridadsocial.gov.co, en uso de mi derecho a la libre elección.

Para lo anterior he recibido asesoría por parte del asesor de EPS Sanitas Ivy Karina Barrios, respecto al proceso de traslado por medio de la plataforma, así mismo información relevante sobre el sistema general de seguridad social en salud, orientación para acceder a los servicios de salud, programas de promoción y prevención con los que cuentan los afiliados al sistema de seguridad social en salud, canales de comunicación establecidos por parte de EPS Sanitas para la atención de sus afiliados, red de oficinas y de instituciones prestadoras de servicio adscritas a EPS Sanitas, entre otros.

Firma del Cotizante Principal	Datos colaborador EPS Sanitas (sticker o nombre, documento, sello o fecha de radicación del formato en mesa)
JAYER DAZA COBO	
Nombre del Cotizante Principal: Jayer Daza Cobo	
Documento de Identidad del cotizante principal: 1192784093	
Nit Empleador: 900884569	
Nombre Empleador: Inversiones y Construcciones Wuin	
Número de radicación SAT: 069CC1192784409070320251022000003	fecha

Powered by CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) MAYER WILFRETH DAZA COBO identificado(a) con CC No. 1192784093, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS con NIT 9008845696:

- Fecha de afiliación a la Caja: 10/04/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 10/04/2025

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DAZA COBO MAYER WILFRETH** identificado(a) con **CC** número **1.192.784.093** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de mayo de 2023 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025022813221

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:06:09 AM horas del 11/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1192784093**

Apellidos y Nombres: **DAZA COBO MAYER WILFRETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.120.745.207**

BANQUET SARMIENTO

APELLIDOS

HEINER ALFREDO

NOMBRES

Heiner Banquet

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-1991**

FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-MAY-2009 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

Medellín, 05 de Marzo 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 INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL , 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
C1120745207	BANQUETH SARMIENTO HEINER ALFREDO	05/03/2025		159tN602	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C11207528692506454631

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 05/03/2025 15:10:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.246.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

172465017

(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 Novedad ✓

2. Tipo de Afiliación: A. Individual | Cotizante o Cabeza de Familia ✓ | Beneficiario o Afiliado adicional | B. Colectiva | C. Institucional | D. Pensionado

3. Régimen: A. Contributivo ✓ | B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ | B. Independiente | C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Banquet	Samiento	Heiner	Alfredo

7. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC ✓ | PA | SC

8. Número del documento de identidad: 1120745207

9. Sexo: Femenino | Masculino ✓

10. Fecha de nacimiento: 14/05/1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad — Tipo: F | N | M — Condición: T | P

13. Puntaje SISBEN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

16. Administradora de Pensiones: Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1423500

18. Residencia

Dirección: Calle 14 # 14-65

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3006799181

Correo Electrónico: heiner.banquet@hotmail.com

Municipio / Distrito: Fonseca

Zona: Urbana ✓ | Rural

Localidad / Comuna

Departamento: La Guajira

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC | PA | SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino | Masculino

23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: F N M	Condición: T P	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona: Urbana Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

KIDATA

- Original EPS - 1 a Copia: EMPLEADOR - 2 a Copia: AFILIADO

Powered by CamScanner

35. Nombre o razon social: Divisiones y Construcciones Ayal

36. Tipo documento de identificación

37. Numero del documento de Identificación: 900884569

38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección | Municipio | Departamento

Monsoen | La Guajira

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- 11. Vinculacion como entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 12. Desvinculacion de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- 13. Movilidad: A. Regimen Contributivo / B. Regimen Subsidiado
- 14. Traslado: A. Mismo Regimen / B. Diferente Regimen
- 15. Reporte de fallecimiento
- 16. Reporte del tramite de proteccion al cesante
- 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado

C. DATOS DEL AFILIADO

41. Datos basicos de identificacion

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC | Numero del documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 05032025

43. EPS anterior: Sanitas (Activo)

44. Motivo de traslado: Codigo

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

D. AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Regimen Contributivo, Especial o de Excepción

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios

49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

50. 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

51. 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 publicas que por sus funciones la requieran

52. 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

53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

E. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Heiner Barquedh

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institución o de oficio: Fra Heute.

F. DOCUMENTOS ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC — TOTAL

56. Anexo copia del documento de identidad

57. Copia del dictamen de rehabilitación emitido en el año por la autoridad competente

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

59. Copia de la escritura publica o sentencia judicial que decrete el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura publica, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

61. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia

62. 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 dos padres

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

64. Solicitud de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

65. Documento administrativo proveniente de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

G. DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificacion de la Entidad Territorial: Codigo del Municipio | Codigo del Departamento

67. Datos del SISBEN: Numero de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicacion

69. Fecha de Validacion

70. Datos del funcionario que realiza la validacion

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de Documento | Numero de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones: Cargo Ayudante

Autorizo a verificar esta información y declaro que la información registrada y los documentos anexos son fidedignos

Sello de Radicación | Sticker preimpreso

fra Yamel Garcia M 40944558

Powered by CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HEINER ALFREDO BANQUET SARMIENTO identificado(a) con CC No. 1120745207, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS con NIT 9008845696:

- Fecha de afiliación a la Caja: 08/04/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 08/04/2025

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:

HEINER ALFREDO BANQUET SARMIENTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.120.745.207**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:53:57 AM horas del 11/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1120745207**

Apellidos y Nombres: **BANQUET SARMIENTO HEINER ALFREDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.120.744.934**

SARMIENTO ARMENTA

APELLIDOS

CARLOS EDUARDO

NOMBRES

Sarmiento Armenta

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1990**

FONSECA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-FEB-2009 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4800700-00166661-M-1120744934-20090805 **00145**22948A 2 25496832

Medellín, 05 de Marzo 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 INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL , 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
C1120744934	SARMIENTO ARMENTA CARLOS EDUARDO	05/03/2025		G1481794	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

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:C11207528692506456112

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 05/03/2025 15:35:12 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.246.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas

No. de Radicación | Fecha de Radicación

172465049

(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 ✓
2. Tipo de Afiliación: A. Individual | Cotizante o Cabeza de Familia ✓ | B. Colectivo | D. De Oficio | Beneficiario o Afiliado adicional | C. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo ✓ | B. Subsidiado
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante ✓ | B. Cabeza de Familia | C. Beneficiario
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ✓ | B. Independiente | C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Sanmiento | Segundo Apellido: Tomanta | Primer Nombre: Carlos | Segundo Nombre: Eduardo

7. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CE | CD | RC | CC ✓ | PA | SC
8. Numero del documento de identidad: 1120744934
9. Sexo: Femenino | Masculino ✓
10. Fecha de nacimiento: D 11 11 99 D

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo F N M | Condicion T P
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Suva
16. Administradora de Pensiones: Proteccion
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1423500
18. Residencia
Dirección: Cra 21 # 3-15
Teléfono Fijo
Teléfono Celular: 3244361027
Correo Electrónico: Carlos.sanmiento@gmail.com
Municipio / Distrito: Fonseca
Zona: Urbana ✓ | Rural
Localidad / Comuna
Departamento: La Guajira

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN | TI | CC | CD | RC | CC | PA | SC
21. Numero del documento de identidad
22. Sexo: Femenino | Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

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

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condicion	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C
B
B
B

Powered by CamScanner

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

35. Nombre o razón social: Inversiones y Construcciones Azur | 36. Tipo documento de Identificación: NIT TI CE / CC PA CD | 37. Número del documento de Identificación: 900884569 | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito: Fonseca | Departamento: La Guajira

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  - Código
- [x] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad: CN RC TI CC CE PA CD SC | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento | 42. Fecha: 25 03 2025

43. EPS anterior: Sanitas CAPITAL | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. 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] 51. 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] 52. 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] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Carlos Eduardo

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio: Ana Hentz

IX. ANEXOS

CN RC TI CC PA CE CD SC
Cantidad | TOTAL

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, Sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 62. Documento 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
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR PARTE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial
Código del Municipio | Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN
Número de ficha | Puntaje | Nivel

68. Fecha de Radicación | 69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario

Observaciones: Cargo: Ayudante

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

Tipo, identificación y nombre del Ejecutivo Comercial: 1094458 Carmen | Sello de Radicación | Sticker procesamiento

Powered by CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) CARLOS EDUARDO SARMIENTO ARMENTA identificado(a) con CC No. 1120744934, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS con NIT 9008845696:

- Fecha de afiliación a la Caja: 08/04/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 05/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 08/04/2025

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SARMIENTO ARMENTA CARLOS EDUARDO** identificado(a) con **CC** número **1.120.744.934** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de septiembre de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de febrero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025022819091

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:10:24 AM horas del 11/03/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1120744934**
Apellidos y Nombres: **SARMIENTO ARMENTA CARLOS EDUARDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

VICTOR LEONARDO PEÑA

C.C. 11.235.532 de Tabio





Vereda Lourdes – Tabio Cundinamarca
CELULAR: 3142418008

Medellín, 26 de March 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 INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C11235532	PEÑA VICTOR LEONARDO	27/03/2025		23153634	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 26/03/2025 17:03:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.131.246.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • •
9011920430

No. de Radicación: 29111670

Fecha de Radicación: 29 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] B. Colectiva [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: PEÑA	Segundo Apellido:	Primer Nombre: VICTOR	Segundo Nombre: LEONARDO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	11235532	Femenino [ ] Masculino [X]	D 27 D M 12 M A 1981 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		
$1.423.500	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES	NT	900884569	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
CRA 15 122 43	31868891		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 27 D M 03 M A 2025 A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. 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. [ ]
51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. 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. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
Cantidad: Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
62. Copia del 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. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		CARGO: OPERADOR DE PLANTA AUXILIAR

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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.

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) VICTOR LEONARDO PEÑA identificado(a) con CC No. 11235532, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de INVERSIONES Y CONSTRUCCIONES AZUR SAS con NIT 9008845696:

- Fecha de afiliación a la Caja: 08/04/2025.
- Fecha de ingreso a la empresa: 27/03/2025.

José Leonardo González Vega
Jefe Sección Afiliación y Postulación.

Vigilado Supersubsidio

Bogotá D.C. 08/04/2025

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:

VICTOR LEONARDO PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.235.532**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:52:51 PM horas del 28/03/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **11235532**
Apellidos y Nombres: **PEÑA VICTOR LEONARDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013646751		LOZANO ALFONSO NATALIA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 49 G# 69B - 36 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203071877	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1334944358	9483112306	E	2025/03/13	2025/03/14	BANCO CAJA SOCIAL	1	$474,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	19397950	AREVALO DUQUE ORLANDO		0	$0	$0	EPS017	12	$569,400	$22,800	CCF22	12	$569,400	$22,800	14-11	12	$569,400	$24,800	12	$0	$0
2	CC	7187037	LUNA LOPEZ HARDWICK ALEXANDER	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$62,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(2)**					$1,423,500	$227,800			$1,992,900	$79,800			$1,992,900	$79,800			$1,992,900	$86,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$200	$0	$228,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$86,800	$100	$0	$86,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$86,800	$100	$0	$86,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$79,800	$100	$0	$79,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	2	$79,800	$100	$0	$79,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				2	$79,800	$200	$0	$80,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$22,800	$100	$0	$22,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$57,000	$100	$0	$57,100
TOTAL				2	$474,200	$600	$0	$474,800

2025/03/13 09:07 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830504614	7	INTERBOMBAS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	INTERBOMBAS SAS	cra 68f No 69b13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8057098	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1274303568	9481769063	E	2025/03/05	2025/02/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,072,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: INTERBOMBAS SAS (4 Afiliados)						$5,745,934	$919,500			$5,745,934	$472,100			$5,745,934	$230,100			$5,745,934	$308,400		$2,847,000	$142,600
Centro de Trabajo: CENTRO DE TRABAJO 2 (2 Afiliados)						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$356,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$198,200		$2,847,000	$142,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$356,000			$2,847,000	$114,000			$2,847,000	$198,200		$2,847,000	$142,600
1	CC	1054092193	MUNEVAR GALEANO DIEGO ARMANDO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
2	CC	1070919157	TORRES CHAVEZ YEISON ALEXANDER	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$1,423,500	$71,300
Centro de Trabajo: Centro de trabajo 4 (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$57,000			$1,423,500	$7,500		$0	$0
3	CC	1000943944	MORALES RODRIGUEZ JUAN SEBASTIAN	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF24	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
Centro de Trabajo: Centro de trabajo 5 (1 Afiliados)						$1,475,434	$236,100			$1,475,434	$59,100			$1,475,434	$59,100			$1,475,434	$102,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,475,434	$236,100			$1,475,434	$59,100			$1,475,434	$59,100			$1,475,434	$102,700		$0	$0
4	CC	79621599	MORALES BALLEN LUIS ALBERTO	230301	30	$1,475,434	$236,100	EPS008	30	$1,475,434	$59,100	CCF24	30	$1,475,434	$59,100	14-11	30	$1,475,434	$102,700	30	$0	$0
Total Afiliados(4)						$5,745,934	$919,500			$5,745,934	$472,100			$5,745,934	$230,100			$5,745,934	$308,400		$2,847,000	$142,600

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 830504614	7	INTERBOMBAS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	INTERBOMBAS SAS	cra 68f No 69b13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8057098	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-03	1274303568	9481769063	E	2025/03/05	2025/02/18	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,072,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$919,500	$0	$0	$919,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$691,700	$0	$0	$691,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$308,400	$0	$0	$308,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$308,400	$0	$0	$308,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$230,100	$0	$0	$230,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	4	$230,100	$0	$0	$230,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				4	$472,100	$0	$0	$472,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$294,100	$0	$0	$294,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$85,600	$0	$0	$85,600
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	2	$85,600	$0	$0	$85,600
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$57,000	$0	$0	$57,000
SENA	PASENA	899,999,034	1	2	$57,000	$0	$0	$57,000
TOTAL				**4**	**$2,072,700**	**$0**	**$0**	**$2,072,700**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901861113-6	CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024		Carrera 11 # 7-11	3142878730	alixxfd@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			CUNDINAMARCA	LA CALERA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84749381	$2.822.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	102.600	0		0		0	0	0	0	102.600	2
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	22.800	0		0		0	0	0	0	22.800	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.400	0		0		0	0	0	0	125.400	4
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	114.000	0		0		0	0	0	0	114.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	319.000	0	0	0	0	0	0		319.000	2
230301	Porvenir	800224808-8	911.500	0	0	0	0	0	0		911.500	6
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	634.500				634.500	0	0	634.500			6.345	634.500	9

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	364.800	0	0	364.800	9

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	364.800	364.800
Pensión	3	1.458.300	1.458.300
Riesgos Laborales	1	634.500	634.500
CCF	1	364.800	364.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.822.400	2.822.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901861113-6	CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024		Carrera 11 # 7-11	3142878730	alixxfd@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			CUNDINAMARCA	LA CALERA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					9	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	05/03/2025	84749381	$2.822.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1026295882	QUINTERO CAMPIÑO JULIO CESAR	1	0			S	X																230301	569.400	91.200	0	0	0	0	EPS008	569.400	22.800	14-23	569.400	5	39.700	CCF24	569.400	22.800	0	0	0	0	0
2	CC	1073517958	CORREALES CASALLAS DIEGO FERNANDO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	1134192980	PANA IPUANA MAURICIO	1	0			S	X																230301	569.400	91.200	0	0	0	0	EPS017	569.400	22.800	14-23	569.400	5	39.700	CCF24	569.400	22.800	0	0	0	0	0
4	CC	1148148187	ARCINIEGAS HERNANDEZ EVER LUIS	1	0			S	X																230301	1.138.800	182.300	0	0	0	0	EPS002	1.138.800	45.600	14-23	1.138.800	5	79.300	CCF24	1.138.800	45.600	0	0	0	0	0
5	CC	12634471	RADA MANJARREZ ALEXANDER JOSE	1	0			S	X																231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
6	CC	79871522	LOPEZ CUJABAN GUILLERMO JAVIER	1	0			S	X																230201	569.400	91.200	0	0	0	0	EPS017	569.400	22.800	14-23	569.400	5	39.700	CCF24	569.400	22.800	0	0	0	0	0
7	CC	88181004	VILLAMIZAR FLOREZ HERMES	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
8	PT	5739072	HERMOSO SANCHEZ HERICK ANTONIO	1	0			S	X																230301	569.400	91.200	0	0	0	0	EPS017	569.400	22.800	14-23	569.400	5	39.700	CCF24	569.400	22.800	0	0	0	0	0
9	PT	5891674	ROJAS VELASQUEZ LUIS VICENTE	1	0			S																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS037	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901863748-1	FAFD GROUP SAS		Cra11 N 7-11 Casa 01 Conj Monteverde	3142878730	fafdgroupsas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			CUNDINAMARCA	LA CALERA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	18/03/2025	85037308	$2.904.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	100.000	0		0		0	6	400	0	100.400	1
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	57.000	0		0		0	6	300	0	57.300	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	190.200	0		0		0	6	800	0	191.000	4
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	114.000	0		0		0	6	500	0	114.500	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	803.600	0	0	0	0	6	3.100	0	806.700	3
230301	Porvenir	800224808-8	356.900	0	0	0	0	6	1.400	0	358.300	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	581.900				581.900	6	2.200	584.100			5.819	584.100	8

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	461.200	6	1.800	463.000	8

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	461.200	463.200
Pensión	3	1.388.300	1.393.700
Riesgos Laborales	1	581.900	584.100
CCF	1	461.200	463.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	2.892.600	2.904.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901863748-1	FAFD GROUP SAS		Cra11 N 7-11 Casa 01 Conj Monteverde	3142878730	fafdgroupsas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			CUNDINAMARCA	LA CALERA	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					8	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-02	E	18/03/2025	85037308	$2.904.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024483270	MONTOYA GARCÍA URIEL AUGUSTO	1	0			S		X															230301	806.650	129.100	0	0	0	0	EPS008	806.650	32.300	14-23	806.650	5	56.200	CCF24	806.650	32.300	0	0	0	0	0
2	CC	19177865	PEÑA CONTRERAS EDGAR ALFONSO	1	1			S																		0	0	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
3	CC	20679225	GARZON CORTES BLANCA NIDIA	1	0			S																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
4	CC	3069467	ALMECIGA MARTINEZ JOSE IGNACIO	1	0			S																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0
5	CC	35221101	PEÑA HERRERA ADRIANA MARCELA	1	0			S							X										230201	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	80.000	14-23	2.000.000	1	10.500	CCF24	2.000.000	80.000	0	0	0	0	0
6	CC	80654017	ANGARITA ALBARRACIN MARIO	1	0			S	X																230201	521.950	83.600	0	0	0	0	EPS008	521.950	20.900	14-23	521.950	5	36.400	CCF24	521.950	20.900	0	0	0	0	0
7	CC	11232313	FORERO DIAZ FERNEY ALEXANDER	1	0			S							X										230201	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS002	2.500.000	100.000	14-23	2.500.000	5	174.000	CCF24	2.500.000	100.000	0	0	0	0	0
8	CC	4043028	ANGARITA ALBARRACIN AURELIANO	1	1			S																		0	0	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	57.000	14-23	1.423.500	5	99.100	CCF24	1.423.500	57.000	0	0	0	0	0

PAGADA

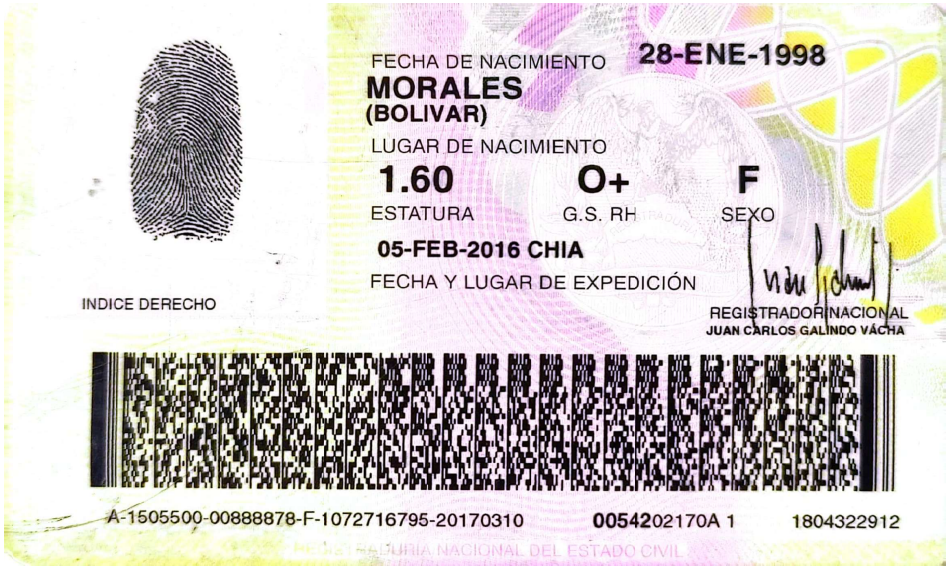
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.072.716.795
DELGADO ESPINOSA
APELLIDOS
ERIKA FIDELINA
NOMBRES

Erika Delgado
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-ENE-1998
MORALES
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
05-FEB-2016 CHIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1505500-00888878-F-1072716795-20170310 0054202170A 1 1804322912

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 28/02/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901861113
Nombre:	CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024		
Dirección:	KR 11 7 11		
Departamento:	CUNDINAMARCA	**Municipio:**	LA CALERA
Correo electrónico:	ALIXXFD@GMAIL.COM		
Teléfono:	3142878730	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5422001 CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL RELACIONADAS CON TUBERÍAS DE LARGA DISTANCIA, LÍNEAS TRANSMISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y COMUNICACIONES, TUBERÍAS URBANAS, LÍNEAS URBANAS DE TRANSMISIÓN DE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 11232313	FERNEY ALEXANDER FORERO DIAZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-012-1019936	01/03/2025	CC 1072716795	ERIKA FIDELINA DELGADO ESPINOSA	5	6,96000	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_07
MIS_4_1_3_FR15 v_07

Código: mxJdlW4Zt2xuxDJ5niEUMA== Certificado impreso el día 28/02/2025 3:00:23 p. m. por el portal de empresas Edesk

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

ERIKA FIDELINA
DELGADO ESPINOSA
CC - 1072716795

CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024
901861113

Este carné es personal e intransferible.

Bogotá DC. 3 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 3/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1072716795
Nombres y Apellidos	ERIKA FIDELINA DELGADO ESPINOSA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901861113
Razón Social Empleador	CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	3/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	3/3/2025
Cargo	SISO
Horas Labor Mes	235
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

VIGILADO SuperSubsidio

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ERIKA FIDELINA DELGADO ESPINOSA identificado(a) con C.C No. 1.072.716.795, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 28 de febrero del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:49:26 AM horas del 03/03/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1072716795**

Apellidos y Nombres: **DELGADO ESPINOSA ERIKA FIDELINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.084.736.875

Apellidos
DE AGUAS MENDOZA

Nombres
FERNEY JAVIER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
08 JUN 1990

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ARACATACA (MAGDALENA)

Fecha y lugar de expedición
31 OCT 2008, ARACATACA

Firma

Fecha de expiración
15 DIC 2033



CO

039611169

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL039611169821010<<<<<<<<<<<
9006083M3312153COL1084736875<3
DE<AGUAS<MENDOZA<<FERNEY<JAVIE

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 13/03/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901863748
Nombre:	F.A.F.D GROUP SAS		
Dirección:	KR 11 7 11 CA 1 CO MONTEVERDE		
Departamento:	CUNDINAMARCA	**Municipio:**	LA CALERA
Correo electrónico:	FAFDGROUPSAS@GMAIL.COM		
Teléfono:	3142878730	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORÍA DE ARQUITECTURA: DISEÑO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCIÓN, PLANIFICACIÓN URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISEÑ		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 11232313	FERNEY ALEXANDER FORERO DIAZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-033-12131	14/03/2025	CC 1084736875	FERNEY JAVIER DE AGUAS MENDOZA	5	6,96000	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

FERNEY JAVIER
DE AGUAS MENDOZA
CC - 1084736875

F.A.F.D GROUP SAS
901863748

Este carné es personal e intransferible.

CLICK PARA REINICIAR TODO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

A1384

FECHA DE RADICACIÓN: 14 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [✓]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [✓] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [✓]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DE AGUAS	MENDOZA	FERNEY	JAVIER

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO (F / M)	12. SEXO IDENTIFICACIÓN (F / M / T / NB / Otro? Cual?)
CC	1084736875	F: X	F: X

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO			15. FECHA NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)		
COLOMBIANA	COLOMBIA	MAGDALENA	ARACATACA	08	06	1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDIGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [✓]	N/A	SI [ ] NO [✓]					

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
	1.423.500			3123313789	

DIRECCIÓN				COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CL 22	# 1	- 64				CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
MADRID		CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO (F / M)	31. SEXO IDENTIFICACIÓN (F / M / T / NB / Otro? Cual?)
		F / M	F / M / T / NB / Otro

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO			34. FECHA NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)		
	PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
F.A.F.D GROUP SAS	NIT	901863748	3142878730	

59. Dirección				CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO
CR 11	# 07	- 11			CUNDINAMARCA	LA CALERA

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DE AGUAS	MENDOZA	FERNEY	JAVIER

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO (F / M)	63. SEXO IDENTIFICACIÓN (F / M / T / NB / Otro? Cual?)
CC	1084736875	F: X	F: X

64. FECHA NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)			65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD (DÍA / MES / AÑO)			67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
08	06	1990	NOVEDAD	13	03	2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios 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 o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de 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. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

FERNEY DE AGUAS	ADRIANA PEÑA
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	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 [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total 0

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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos 0

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN (DÍA / MES / AÑO)			97. FECHA DE VALIDACIÓN (DÍA / MES / AÑO)		

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

Mintrabajo Supersalud

Bogotá DC. 18 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 18/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1084736875
Nombres y Apellidos	FERNEY JAVIER DE AGUAS MENDOZA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901863748
Razón Social Empleador	F.A.F.D GROUP SAS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	14/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	18/3/2025
Cargo	Operador de Maquinaria
Horas Labor Mes	235
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a F.A.F.D GROUP SAS, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

icontec ISO 9001
CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM
VIGILADO SuperSubsidio

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:55:22 PM horas del 18/03/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1084736875**
Apellidos y Nombres: **DE AGUAS MENDOZA FERNEY JAVIER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.404.228

ROMERO VALBUENA
APELLIDOS

PEDRO ANTONIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1984

SUBACHOQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

31-MAY-2003 SAN JUAN DE RIOSECO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00588825-M-0080404228-20140616 0039027238A 1 1712924575

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/03/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901861113
Nombre:	CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024		
Dirección:	KR 11 7 11		
Departamento:	CUNDINAMARCA	**Municipio:**	LA CALERA
Correo electrónico:	ALIXXFD@GMAIL.COM		
Teléfono:	3142878730	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5422001 CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL RELACIONADAS CON TUBERÍAS DE LARGA DISTANCIA, LÍNEAS TRANSMISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y COMUNICACIONES, TUBERÍAS URBANAS, LÍNEAS URBANAS DE TRANSMISIÓN DE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 11232313	FERNEY ALEXANDER FORERO DIAZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-013-381576	13/03/2025	CC 80404228	PEDRO ANTONIO ROMERO VALBUENA	5	6,96000	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_FR01_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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

PEDRO ANTONIO
ROMERO VALBUENA
CC - 80404228

CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024
901861113

Este carné es personal e intransferible.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

• • • • • • • • • • •
9011878305

No. de Radicación: 29044265

Fecha de Radicación: 13 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [X]	(a registrar por la EPS)
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: ROMERO	Segundo Apellido: VALBUENA	Primer Nombre: PEDRO	Segundo Nombre: ANTONIO

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	80404228	Femenino [ ] Masculino [X]	D 12 D M 11 M A 1984 A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Nombre de la Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$1.423.500	Dirección: CR 4 55C 40		Teléfono fijo: 3213908283	Teléfono celular
Correo electrónico: pr3779219@gmail.com	Municipio / Distrito	Zona Urbana [ ] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento: DISTRITO CAPITAL

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad					32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS)
	Tipo			Condición			Zona			
	F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO HIDROSOLUCIONES	NT	901861113	

39. Ubicación				
Dirección: CR 11 7 11 CA 1	Teléfono: 31428787	Correo electrónico: alixxfd@gmail.com	Municipio / Distrito: LA CALERA	Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D 13 D M 03 M A 2025 A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. 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
51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	X
52. 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
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [ ]

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
62. Copia del 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.	
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
71. Firma del funcionario		CARGO: OFICIAL DE CONSTRUCCION

VIGILADO Supersalud

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.

FORTISOL S.A. NIT. 860.513.402 - 9 TEL. (1)624 80 88

07/2016

INTERNET

Fui

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • • •
9011878305

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***. todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos PEDRO ANTONIO ROMERO VALBUENA
Identificación: CC 80404228

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos PEDRO ANTONIO ROMERO VALBUENA
Identificación: CC 80404228

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Bogotá DC. 12 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 12/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 80404228
Nombres y Apellidos	PEDRO ANTONIO ROMERO VALBUENA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901861113
Razón Social Empleador	CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	13/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	12/3/2025
Cargo	oficial
Horas Labor Mes	235
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROMERO BALVUENA PEDRO ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **80.404.228** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025031214101

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:33:05 PM horas del 12/03/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80404228**
Apellidos y Nombres: **ROMERO VALBUENA PEDRO ANTONIO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 84.064.107
SIJUANA
APELLIDOS
GUSTAVO
NOMBRES

Gustavo Sijuana
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-DIC-1968
URIBIA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
13-ENE-1997 URIBIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1506800-01330515-M-0084 107-20221122 0090942273A 1 8506277383

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 12/03/2025

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901861113
Nombre:	CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024		
Dirección:	KR 11 7 11		
Departamento:	CUNDINAMARCA	**Municipio:**	LA CALERA
Correo electrónico:	ALIXXFD@GMAIL.COM		
Teléfono:	3142878730	**Tarifa:**	6,96000
Actividad Económica:	5422001 CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS DE SERVICIO PÚBLICO, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL RELACIONADAS CON TUBERÍAS DE LARGA DISTANCIA, LÍNEAS TRANSMISIÓN DE ENERGÍA ELÉCTRICA Y COMUNICACIONES, TUBERÍAS URBANAS, LÍNEAS URBANAS DE TRANSMISIÓN DE		

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Documento Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC - 11232313	FERNEY ALEXANDER FORERO DIAZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

#	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	2025-01-013-381408	13/03/2025	CC 84064107	GUSTAVO SIJUANA	5	6,96000	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_FR01_v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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

GUSTAVO
SIJUANA
CC - 84064107

CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024
901861113

Este carné es personal e intransferible.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

• • • • • • • • • •
9011878300

No. de Radicación: 29044258

Fecha de Radicación: 13 03 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación X	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X	A. Contributivo X	A. Cotizante X	A. Dependiente X	(a registrar por la EPS)
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente	
	B. Colectiva		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional				
	D. De oficio				

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SIJUANA		GUSTAVO	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	84064107	Femenino ☐ Masculino X	D D M M A A A A: 30 12 1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
6	Tipo F N M Condición T P	0		POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	PORVENIR S. A.

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia		Teléfono fijo	
$1.423.500	CL 2 25 PARCELAS COTA		NT	3136511896

	Municipio	Zona Urbana / Rural	Localidad / Comuna	
Gustavosijuana@gmail.com	COTA	Urbana X Rural ☐		CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrarpo rla EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CIMAD IPS LTDA	7558
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSORCIO HIDROSOLUCIONES	NT	901861113	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono		Municipio / Distrito	Departamento
CR 11 7 11 CA 1	31428787	alixxfd@gmail.com	LA CALERA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen X B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	D D M M A A A A: 13 03 2025

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
ANASWAYUU EPSI	5	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	
50. 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
51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	X
52. 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
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	X

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ Cantidad: ☐ Total ☐

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
62. Copia del 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.	
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
71. Firma del funcionario		CARGO: AYUDANTE DE OBRA

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.

VIGILADO Supersalud

FONTICO S.A. NIT. 860.013.402 - 9 TEL. (1)624 80 66

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

• • • • • • • • • • •

9011878300

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?		X

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***. todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos GUSTAVO SIJUANA

Identificación: CC 84064107

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos GUSTAVO SIJUANA

Identificación: CC 84064107

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Bogotá DC. 12 de Marzo de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 12/3/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 84064107
Nombres y Apellidos	GUSTAVO SIJUANA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901861113
Razón Social Empleador	CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	10/3/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	12/3/2025
Cargo	ayudante de obra
Horas Labor Mes	235
Sueldo básico	$ 1423000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a CONSORCIO HIDROSOLUCIONES COTA 2024, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

VIGILADO SuperSubsidio

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:

GUSTAVO SIJUANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **84.064.107**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Marzo 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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:22:59 PM horas del 12/03/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **84064107**
Apellidos y Nombres: **SIJUANA GUSTAVO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-13, 01:35:55 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 76078653

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

PAGADO 13/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MAQUITRANSPORTES ZAVYF SAS	**Nombre Sucursal**	MAQUIZAS	**Código Sucursal**	002
Documento	NI901324149	**Dirección**	CR 5E #18 A - 50		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	3133344		
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL		
Ciudad	MOSQUERA	**Departamento**	CUNDINAMARCA		
Representante Legal	BARRAGAN ANGEL DIEGO ALFONSO	**Identificación**	CC 80658294		
Total Afiliados	8	**ARP**	ARL SURA		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1012372228	CRISTIAN FERNANDO PINTO	01	00																0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1054253820	GONZALO VELANDIA MENDIVELSO	01	00																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1073231151	HELKIN FELIPE BARRAGAN TRIANA	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1073506393	OSCAR LEONARDO RODRIGUEZ SOCOTA	01	00																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 80658294	DIEGO ALFONSO BARRAGAN ANGEL	01	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	1,044	$ 1.423.500	$ 14.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 356.700
CC 81741471	HECTOR LEONARDO REY CELEITA	01	00																0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 81754070	WILMAR FABIAN PEREZ GARCIA	01	00																0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
PT 3110150	JUAN JOSE MARQUEZ PEÑA	01	00		X														0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 57.000	6,960	$ 1.423.500	$ 99.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 11.388.000	$ 11.388.000	$ 11.388.000	$ 11.388.000	$ 1.822.400	$ 456.000	$ 708.600	$ 456.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.443.000	$ 2.600	$ 3.445.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901777243	6	GRUPO TESA3	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAFAM	DIAGONAL 1 # 4 -91 CASA 24	LA CALERA-CUNDINAMARCA	3112813653	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1382590899	9484010135	E	2025/04/10	2025/04/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$4,686,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: CAFAM (11 Afiliados)						$14,729,000	$2,356,900			$17,576,000	$703,600			$17,522,483	$701,500			$17,576,000	$924,700		$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 4 (2 Afiliados)						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,793,483	$111,900			$2,847,000	$97,100		$0	$0
Ciudad: LA CALERA Depto: CUNDINAMARCA (2 Afiliados)						$2,847,000	$455,600			$2,847,000	$114,000			$2,793,483	$111,900			$2,847,000	$97,100		$0	$0
1	CC	1018409748	COPETE LUIS	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$62,000	30	$0	$0
2	CC	1018414910	COPETE YILMAR	230201	17	$806,650	$129,100	EPS005	17	$806,650	$32,300	CCF21	17	$806,650	$32,300	14-11	17	$806,650	$35,100	17	$0	$0
3	CC	1018414910	COPETE YILMAR	230201	13	$616,850	$98,700	EPS005	13	$616,850	$24,700	CCF21	13	$563,333	$22,600	14-11	13	$616,850	$0	13	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO 5 (7 Afiliados)						$10,232,000	$1,637,300			$11,655,500	$466,600			$11,655,500	$466,600			$11,655,500	$811,400		$0	$0
Ciudad: LA CALERA Depto: CUNDINAMARCA (7 Afiliados)						$10,232,000	$1,637,300			$11,655,500	$466,600			$11,655,500	$466,600			$11,655,500	$811,400		$0	$0
4	CC	1075872437	BELTRAN YEIZON	230201	30	$1,538,000	$246,100	EPS017	30	$1,538,000	$61,600	CCF21	30	$1,538,000	$61,600	14-11	30	$1,538,000	$107,100	30	$0	$0
5	CC	11232747	FORERO ELKIN	25-14	30	$3,000,000	$480,000	EPS008	30	$3,000,000	$120,000	CCF21	30	$3,000,000	$120,000	14-11	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0
6	CC	3069729	GUTIERREZ EFREN		0	$0	$0	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
7	CC	1067727941	JIMENEZ VIRGILIO	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
8	CC	1013625029	RIAÑO MIGUEL	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
9	CC	1071172253	RINCON ERICK	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
10	CC	1071163301	SANTIAGO DAIRON	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0
Centro de Trabajo: RIESGO1 (2 Afiliados)						$1,650,000	$264,000			$3,073,500	$123,000			$3,073,500	$123,000			$3,073,500	$16,200		$0	$0
Ciudad: LA CALERA Depto: CUNDINAMARCA (2 Afiliados)						$1,650,000	$264,000			$3,073,500	$123,000			$3,073,500	$123,000			$3,073,500	$16,200		$0	$0
11	CC	35221541	BARBOSA JULY	25-14	30	$1,650,000	$264,000	EPS008	30	$1,650,000	$66,000	CCF21	30	$1,650,000	$66,000	14-11	30	$1,650,000	$8,700	30	$0	$0
12	CC	20676891	TRIVIÑO HERMINDA		0	$0	$0	EPS008	30	$1,423,500	$57,000	CCF21	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
Total			**Afiliados(11)**			$14,729,000	$2,356,900			$17,576,000	$703,600			$17,522,483	$701,500			$17,576,000	$924,700		$0	$0

2025/04/02 03:47 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901777243	6	GRUPO TESA3	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAFAM	DIAGONAL 1 # 4 -91 CASA 24	LA CALERA-CUNDINAMARCA	3112813653	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-04	1382590899	9484010135	E	2025/04/10	2025/04/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$4,686,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				9	$2,356,900	$0	$0	$2,356,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$744,000	$0	$0	$744,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	5	$1,157,300	$0	$0	$1,157,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$924,700	$0	$0	$924,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	11	$924,700	$0	$0	$924,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$701,500	$0	$0	$701,500
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	11	$701,500	$0	$0	$701,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				11	$703,600	$0	$0	$703,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	4	$300,000	$0	$0	$300,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$175,600	$0	$0	$175,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$114,000	$0	$0	$114,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$114,000	$0	$0	$114,000
TOTAL				11	$4,686,700	$0	$0	$4,686,700

Medellín, 29 de abril de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CONSORCIO INTERACUEDUCTO COTA, NIT N901836374, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de marzo de 2025 hasta el 30 de marzo de 2025.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 186.102.71.221, 192.230.104.12, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 1 de abril de 2025

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. - ARL SURA S.A.

HACE CONSTAR

Que la empresa CONSORCIO AQUA, NIT N901707176, no presenta accidentes de trabajo desde el 01 de marzo de 2025 hasta el 31 de marzo de 2025.

La presente constancia se expide a solicitud de la empresa.

Para información adicional puede comunicarse con nuestra Línea de Atención 018000 51

Atentamente,

Dirección de Higiene, Seguridad y Ambiente

Dirección IP: 190.131.246.13, 192.230.104.11, 172.16.42.57.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONSORCIO INTERACUEDUCTO COTA	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Código: SGSST-FTO-24
		Fecha: 27/08/2024
	REGISTRO DE ASISTENCIA	Versión: 1

FECHA: 13/03/25 HORA DE INICIO 11:00 HORA FINALIZACIÓN 11:30.

TIPO: CAPACITACIÓN [X] REUNION [ ] INDUCCIÓN [ ] REINDUCCIÓN [ ] CHARLA [ ]

TEMA DE CAPACITACIÓN Prevención Visual.

IMPARTIDO POR: Monica Perez FIRMA: Monica Perez

No.	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA
1	Jorge Martines Cáceres	1.073.80.191	Res. interv.	
2	Angie Martinez Marquez	1100691847	Res interventoria	Angie Mtz
3	Alexander de los Rios	71.822.740-	Secretario	Alexander de los Rios
4	Carlos Fonseca	1120752861	Auxiliar	Carlos Fonseca
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Powered by CamScanner