CONSORCIO CAQUETÁ 2025

Florencia Caquetá, 09 de octubre del 2025

CQ25-CO0874-001-09-10-2025

Ingeniera
NIDIA CAROLINA TAMAYO BUITRAGO
Secretaria de infraestructura
GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ
Cr13 Cl 15 Esq. Edif Gobernación Florencia – Caquetá
infraestructura@caqueta.gov.co

Señores:

Geovial ingeniería Zomac s.a.s
Interventoría
geovialingenieria@gmail.com

Referencia: contrato de obra N° 202500000874 cuyo objeto es: "ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO INTEGRAL DE ESPACIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO EN EL EDIFICIO CENTRAL DE LA GOBERNACIÓN DEL CAQUETÁ.

Asunto: Radicación afiliaciones personal de obra y personal profesional, para el inicio del contrato de obra.

Por medio del presente, me permito hacer entrega de las afiliaciones personal de obra y personal profesional, para el inicio del contrato de obra de la referencia.

Agradezco la atención prestada,

Cordialmente,

JOSE ELÍAS RINCON FLOREZ
C.C. 17.324.685 de Villavicencio
Representante legal
Consorcio Caquetá 2025

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **GERMAN ALONSO LOZADA LOZADA** identificado con **CC** No. **12234265**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
ALTING INGENIERIA SAS - NI.900815455	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/10/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVA **Fecha de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 07 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_15_2_FR01 v_08

MIS_4_1_1_FR01 v_010

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 06 10 2025

790961572

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
LOZADA	LOZADA	GERMAN	ALONSO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	12234265	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		
COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	CALI		06 06 1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25.Tarifa Contribución Solidaria
ARL POSITIVA	COLPENSIONES	$ 6.500.000	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
TRANVERSAL 5B NUMERO 9 180	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3144422641	GEIVALINGENIERIA@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CAQUETA	FLORENCIA	CENTRO	Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

ADRES

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
ALTING INGENIERIA SAS	NIT	900815455	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
CALLE 57A 10 33	3114758306

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
ALTINGSAS2@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	0 7 1 0 2 0 2 5	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en a que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
	001	18	

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
			0 6 1 0 2 0 2 5	D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 06-10-2025	

B. REPORTE DE NOVEDADES

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado GERMAN ALONSO LOZADA LOZADA

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] SI [ ] NO
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] SI [ ] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	[X] SI [ ] NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[X] SI [ ] NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	[X] SI [ ] NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	[X] SI [ ] NO

German Alonso Lozada
Firma del Afiliado GERMAN ALONSO LOZADA LOZADA
Documento de Identidad 12234265

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el 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 dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad:
Edad:
Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

GERMAN ALONSO LOZADA LOZADA, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: German Alonso Lozada

Nombre: GERMAN ALONSO LOZADA LOZADA

Identificación: 12234265

Fecha: 06-10-2025

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **GERMAN ALONSO LOZADA LOZADA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **12234265,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de octubre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	ALTING INGENIERIA S.A.S.		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	900815455
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1061792456	**Nombres y apellidos**	DIEGO ALEXANDER IJAJI FIGUEROA
Fecha de afiliación	2024-07-06	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2024-07-06	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIEGO ALEXANDER IJAJI FIGUEROA identificado(a) con CC 1061792456 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/05/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE PITALITO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de octubre del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DIEGO ALEXANDER IJAJI FIGUEROA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.061.792.456**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Octubre 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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JORGE ALONSO ROMERO GIRALDO** identificado con **CC** No. **10251613**, registra la siguiente información.

Datos del Empleador	Datos de la Relación Laboral
ALTING INGENIERIA SAS - NI.900815455	**Fecha de inicio de cobertura:** 07/10/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVA **Fecha de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR DEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 07 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_1_FR15 v_010

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 06 10 2025

790961582

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ROMERO	GIRALDO	JORGE	ALONSO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	10251613	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro Cuál	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	CAQUETA	FLORENCIA	10 10 1958

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
ARL POSITIVA	NINGUNO	$ 4.500.000	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 38 NUMERO 12 06	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3108565529	JORGEROMEROGI@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CAQUETA	FLORENCIA	CENTRO	Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

A. AFILIACIÓN

MSU

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
ALTING INGENIERIA SAS	NIT	900815455	

59. Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o Celular
CALLE 57A 10 33	3114758306

Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito
ALTINGSAS2@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	0 7 1 0 2 0 2 5		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copa de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
	001	18	

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)
			0 6 1 0 2 0 2 5	

OBSERVACIONES:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
ASESORES COMERCIALES INTEGRALES LTDA 900.282.038	EPS SANITAS RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS Recibido por: A.C.I. Fecha: 06-10-2025	

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado JORGE ALONSO ROMERO GIRALDO

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 NO
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 NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adeduadamente por la EPS?	X NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	X NO

Jorge Alonso Romero
Firma del Afiliado JORGE ALONSO ROMERO GIRALDO
Documento de Identidad 10251613

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el 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 dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella Índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad: _____
Edad: _____
Dirección de domicilio: _____

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

JORGE ALONSO ROMERO GIRALDO, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Jorge Alonso Romero

Nombre: JORGE ALONSO ROMERO GIRALDO

Identificación: 10251613

Fecha: 06-10-2025

LINA DAMARYS MENDEZ GONZALEZ
CONTADOR PÚBLICO TITULADO
ASESORIAS CONTABLES, TRIBUTARIA, FINANCIERA Y SISTEMATIZACION DE DATOS

CERTIFICO QUE:

El ingeniero JORGE ALONSO ROMERO GIRALDO identificado con cedula de ciudadanía No. 10.251.613, está excluido al régimen de ahorro individual RAIS, según el artículo 61 de la ley 100 de 1993, literal b), no está obligado a cotizar para pensión, debido a que tiene más de 55 años y tampoco tiene una relación de trabajo con vinculación laboral con patrono alguno.

Se anexa oficio 4288000000561521, solicitud aprobada por devolución de saldos vejez normal.

Se expide a solicitud de la interesada, en Florencia (Caquetá) a los 1 días del mes de agosto de dos mil veinte tres (2023).

LINA DAMARYS MENDEZGONZALEZ
Contador Público titulado
CC 30.505.188
TP 201839 - T

CALLE 15 9 54 BARRIO CENTRO CEL 3138903142 CORREO ELECTRONICO
asesoriacontablelm1@gmail.com
FLORENCIA CAQUETA

El empleo es de todos Mintrabajo

Al responder por favor citar esté número de radicado

Bogotá D.C.,

ASUNTO: Radicado No. 11EE2019120000000039707
EXCLUSIONES RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL -RAIS-

Respetada señora:

De manera atenta le damos respuesta a su comunicación, en la que solicita información acerca de la exclusión prevista en el artículo 61 literal b) de la Ley 100 de 1993 del Régimen de Ahorro Individual RAIS, que establece:

> ***"ARTÍCULO 61. PERSONAS EXCLUIDAS DEL RÉGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD.*** *Están excluidos del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad:*
>
> *(...)*
>
> *b. Las personas que al entrar en vigencia el sistema tuvieren cincuenta y cinco (55) años o más de edad, si son hombres, o cincuenta (50) años o más de edad, si son mujeres, salvo que decidan cotizar por lo menos quinientas (500) semanas en el nuevo régimen, caso en el cual será obligatorio para el empleador efectuar los aportes correspondientes."*

Antes de dar trámite a su consulta, es necesario aclararle que esta Oficina Asesora Jurídica absuelve de modo general las consultas con relación a las normas y materias que son competencia de este Ministerio, de conformidad con el Artículo 8° del Decreto 4108 de 2011, **sin que le sea posible pronunciarse de manera particular y concreta por disposición legal**. En tal sentido, el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 41 del Decreto Ley 2351 de 1965, modificado por el artículo 20 de la Ley 584 de 2000, dispone que **los funcionarios de este Ministerio**

no quedan facultados para declarar derechos individuales, ni definir controversias cuya decisión esté atribuida a los jueces de la República.

Respecto de las inquietudes formuladas, cabe precisar que la Corte Constitucional en varios pronunciamientos, se ha pronunciado respecto del contexto y alcance bajo el cual debe interpretarse lo establecido en el literal b) del artículo 61 de la Ley 100 de 1993; en efecto en la sentencia C- 674 de 2001 hizo el análisis de constitucionalidad de la citada disposición normativa, al respecto preciso lo siguiente:

> ***"Principio de igualdad y exclusión de personas de cierta edad de ingresar al régimen de ahorro individual.***
>
> *(...)*
>
> *9. Antes de la Ley 100 de 1993 sólo existía el régimen de prima media, a veces conocido también como de reparto simple. Por esa razón, y además porque la Ley 100 de 1993 modificó los requisitos para acceder a la pensión en ese régimen de prima media, el Legislador consideró conveniente establecer unas normas de transición. Estas disposiciones debían no sólo permitir que el nuevo régimen de ahorro individual entrara a funcionar sin traumatismos sino que además, en el régimen de prima medida, debían proteger las expectativas de aquellas personas que ya habían cotizado durante un cierto período de tiempo, mientras estuvieron en vigor las reglas anteriores, más favorables al trabajador. Así, explícitamente el artículo 36 de la Ley 100 de 1993 prevé que quienes al momento de entrar en vigencia la ley tuvieran 35 o más años de edad, si eran mujeres, o 40 o más años de edad, si eran hombres, o 15 o más años de servicios cotizados, podrían acogerse a las normas más favorables del régimen anterior, en relación con la edad para acceder a la pensión, su monto, y el número requerido de semanas cotizadas.*
>
> *10. **El literal acusado debe ser analizado dentro del marco de ese régimen de transición del cual forma parte. En efecto, el régimen dual previsto por la Ley 100 de 1993 permite al afiliado optar libremente por cualquier de los dos sistemas (ahorro individual o prima media), por lo cual puede trasladarse de uno a otro. Los artículos 113 y siguientes de la Ley 100 de 1993 prevén entonces la figura del bono pensional, de suerte que si una persona desea pasar del régimen de prima media con prestación definida al sistema de ahorro individual, entonces tiene derecho a que le reconozcan el correspondiente bono pensional, que es un título nominativo, endosable en favor de las entidades administradoras o aseguradoras, con destino al pago de pensiones. En tales circunstancias, el Legislador consideró que permitir que las personas que ya estaban próximamente a jubilarse en el régimen anterior pudieran trasladarse al régimen de ahorro individual podría tener efectos traumáticos para el sistema, y en especial para las entidades que tenían a su cargo esas pensiones, como el ISS, que hubieran debido pagar inmediatamente esos bonos pensionales a los nuevos fondos pensionales que tendrían a su cargo el manejo del régimen de ahorro individual.***

(...)

*11. **Conforme a lo anterior, el trato diferente previsto por el literal b) acusado persigue finalidades constitucionales importantes ya que pretende evitar traumatismos financieros al sistema pensional.***

(...)

Además, si la persona decide de todos modos ingresar al régimen de ahorro individual, entonces puede hacerlo, pero deberá cotizar al menos 500 semanas, lo cual muestra que la prohibición no es absoluta sino condicionada y armoniza con la filosofía que orienta el régimen de ahorro individual, pues esa cotización suplementaria es la que permite que la persona que decide trasladarse conforme un capital suficiente para obtener una pensión digna.

(...)"

De acuerdo con el autorizado análisis de la Corte Constitucional, el literal b) del artículo 61 de la Ley 100 de 1993, es una norma que se concibió inserta en el contexto del Régimen de Transición de los regímenes anteriores a la citada Ley 100, que como lo indica la Corte, en la práctica era el Régimen de Prima Media y que toda vez con la entrada en vigencia del Sistema General de Seguridad Social en Pensiones, los afiliados tenían la opción de trasladarse a uno u otro régimen del mismo, es decir el Régimen de Prima Media RPM o el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad RAIS, encontrándose que el sistema se estaba organizando de una forma sustancial frente a este último régimen, en razón a que el mismo tiene unas particularidades que lo hacen sustancialmente disímil del RPM previsto en la Ley 100 de 1993 y del que podríamos en el decir del alto tribunal era el RPM antes de dicha ley.

En ese orden de cosas, tal como indica la Corte Constitucional, se tornaba necesario tomar medidas necesarias en aras de no desestabilizar financieramente el sistema, en tanto el posible traslado de una persona mayor en las edades señaladas en la norma, al RAIS, implicaba la emisión del bono pensional que se traducía que lo que se tenía proyectado reconocer de forma gradual y periódica en virtud del reconocimiento del derecho pensional, se tuviera que realizar de manera masiva el giro total de los recursos a dicho régimen, lo cual conllevaba funestas consecuencias en el equilibrio financiero del sistema, de forma especial en el RPM.

No obstante, tal exclusión de las señaladas personas a la entrada en vigencia del sistema, la misma norma previo una excepción a la exclusión total al RAIS, en el sentido de permitir el traslado al mismo

en el caso de que dichas personas *"...decidan cotizar por lo menos quinientas (500) semanas en el nuevo régimen."*

Frente a esa posibilidad, la Corte Constitucional, en la mencionada sentencia C- 674 de 2001 y así mismo en reiteradas sentencias de tutela, que se recogen en la sentencia T- 219 de 2014, el alto tribunal hizo unas precisiones, de las cuales cabe destacar lo siguiente:

> *"(...) en la sentencia T-237 de 2008[38] se estudió una acción de tutela interpuesta por una persona de setenta y un (71) años de edad, que en diciembre de dos mil uno (2001) se trasladó al RAIS, aportó ciento cincuenta (150) semanas aproximadamente en ese régimen, pero no pudo seguir cotizando. Cuando solicitó la devolución de saldos y la redención de su bono pensional, la administradora de fondos de pensiones a la que se encontraba afiliado y la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público le negaron estas prestaciones, argumentando que el actor no aportó quinientas (500) semanas al RAIS.*
>
> *En esa oportunidad la Sala tuvo en cuenta que el actor se trasladó al RAIS en vigencia del artículo 28 del Decreto 1513 de 1998, norma que condicionaba el cumplimiento del requisito de aportar quinientas (500) semanas "a la existencia de un vínculo laboral o de condiciones que le permitiesen al afiliado cotizar al Sistema, en calidad de trabajador independiente".[39]*
>
> ***Por lo anterior, y con base en la jurisprudencia de esta Corporación en la que se señala que "en la aplicación del artículo 61 de la Ley 100 de 1993 debía subyacer el principio de equidad",[40] esta Corporación tuteló los derechos a la igualdad y a la seguridad social, ordenó a la administradora de fondos de pensiones accionada que reconociera la devolución de saldos al actor, y a la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que relevara al actor de cumplir con el requisito de cotizar quinientas (500) semanas al RAIS."***
> (subrayado y negrilla fuera de texto)

Por otra parte, respecto de la aplicación de la normatividad en el día de hoy a personas que tengan las edades establecidas en la norma, de igual forma es necesario tener presente una vez más, lo indicado en la autorizada interpretación realizada por la Corte Constitucional en la ya mencionada sentencia C-674 de 2001, al señalar

> *"12. Finalmente, y como lo señala uno de los intervinientes, la diferencia de trato establecida por la norma impugnada entre las personas de distinta edad es más aparente que real. En efecto, la disposición acusada permite que las personas que, al entrar en vigencia el sistema, tenían menos de 55 años (hombres) o 50 años (mujeres), puedan trasladarse inmediatamente al régimen de ahorro individual, mientras que las personas mayores de esa edad, para poder hacer ese traslado, tienen la obligación de cotizar al menos 500 semanas en ese nuevo régimen. **Sin embargo, lo cierto es que***

en la práctica, los cálculos técnicos muestran que también las personas menores de esas edades deben cotizar un número similar de semanas en el régimen de ahorro individual, si quieren acumular un capital suficiente para obtener una pensión equivalente a la que tendrían derecho en el régimen de prima media, conforme a las normas de transición que los cobijan (artículo 36 de la Ley 100 de 1993). La razón es la siguiente: distintos cálculos han concluido que esas normas establecen que para obtener una pensión de cuantía A en el régimen de prima media era necesario un monto y unos años de cotización que no serían suficientes para conformar un capital, en el actual régimen de ahorro individual, suficiente para lograr la misma pensión A, por cuanto antes las cotizaciones y los tiempos requeridos por la ley no eran tan altos, en la medida en que por cada pensionado había un número grande de trabajadores que financiaban su jubilación. Por consiguiente, para lograr el capital necesario en el régimen de ahorro individual para obtener la pensión de cuantía A, la persona debería, de conformidad con las reglas de la Ley 100 de 1993, cotizar por un período mucho más largo que el requerido por las normas de transición para el régimen de prima media para obtener esa misma pensión. "

Acorde con lo señalado por la Corte Constitucional, se podría entender que dadas las características del RAIS, entre ellas, el hecho de que la pensión guarda directa correspondencia con los recursos que en efecto el afiliado ha ahorrado en su bolsa individual, a través de la cual debe reunir el capital requerido para acceder a su derecho pensional, en el caso de las personas mayores e incluso menores a las edades indicadas en la mencionada norma, y según los estudios técnicos al respecto, no sería necesariamente favorable para que estas personas pudieran consolidar este derecho.

Adicional a lo expresado, es necesario hacer referencia a las precisiones que al respecto hizo el entonces Ministerio de la Protección Social, en la Circular Externa 032 del 23 de mayo de 2007 *"Personas excluidas del Sistema General de Pensiones, en razón a la edad."*, la que a la letra dice:

"(...)

En el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad:

Para el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad la norma que regula el tema es el artículo 61 de la Ley 100 de 1993, el cual dispone:

"Artículo 61. Personas excluidas del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad. Están excluidos del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad:

a) Los pensionados por invalidez por el Instituto de Seguros Sociales o por cualquier fondo, caja o entidad del sector público;

b) Las personas que al entrar en vigencia el sistema tuvieren cincuenta y cinco (55) años o más de edad, si son hombres, o cincuenta (50) años o más de edad, si son mujeres, salvo que decidan cotizar

por lo menos quinientas (500) semanas en el nuevo régimen, caso en el cual será obligatorio para el empleador efectuar los aportes correspondientes". (Subrayas fuera de texto).

De la norma transcrita y de la jurisprudencia que sobre el particular ha proferido la honorable Corte Constitucional, se colige que la restricción establecida en la misma, mantiene su validez frente a las personas que con posterioridad a la entrada en vigencia del Sistema General de Pensiones, SGP, cumplan las edades señaladas. Lo anterior, tiene su fundamento en la preservación de las fuentes de financiación del -SGP-.

Aquellas personas que cumplieren la edad de 55 años para el caso de los hombres y 50 para las mujeres, y que de manera voluntaria deseen afiliarse al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, podrán hacerlo en los términos del literal b) del artículo 61 de la Ley 100 de 1993, con el compromiso de cotizar 500 semanas en dicho régimen. Para el caso, es importante tener en cuenta que no se podrá acceder a la pensión de vejez, ni a la devolución de saldos, previstas en dicho régimen, hasta tanto se haya cotizado por lo menos las citadas 500 semanas.

En conclusión, sólo las personas que se encuentren en las situaciones establecidas por el artículo 2° del Decreto 758 de 1990 o en las previstas en el artículo 61 de la Ley 100 de 1993, están excluidas del Sistema General de Pensiones y podrán efectuar aportes a través de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes, PILA, con destino al Sistema General de Seguridad Social en Salud y/o Riesgos Profesionales, según se trate de un trabajador dependiente o independiente.

Para mayor información, se invita a consultar nuestra página web www.mintrabajo.gov.co, en donde entre otros aspectos de interés, se encuentra tanto la normatividad laboral como los conceptos institucionales, los cuales servirán de guía para solventar sus dudas en esta materia.

La presente consulta se expide en los términos del Artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido por el Artículo 1° de la Ley 1755 de 2015, en virtud del cual los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO)
ADRIANA CALVACHI ARCINIEGAS
Coordinadora (T) Grupo Interno de Trabajo de Atención a Consultas en Materia Laboral de la Oficina Jurídica

porvenir
sólo hay uno

538/

Bogotá D.C. 07 de diciembre 2021,

4288000000561521

Señor
JORGE ALONSO ROMERO GIRALDO
jorgeromerogi@gmail.com

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL
CC: 10251613
T.N. N.A.
COR - BEN

Reciba un saludo cordial,

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud por Devolución de Saldos ha sido **APROBADA** por un valor de $19,286,258, el cual corresponde a los aportes realizados en su cuenta individual de pensión obligatoria más los rendimientos generados.

El pago será abonado máximo al día siguiente de la entrega de esta comunicación a la cuenta bancaria reportada por usted del banco Occidente.

Recuerde que la obligación de cotizar en pensiones obligatorias cesa a partir del momento en que usted recibe el beneficio de la Devolución de Saldos[1].

Queremos manifestarle nuestro agradecimiento por habernos confiado la administración de sus aportes.

Nuestro propósito es estar siempre a su lado, por eso Trabajamos día a día de forma incansable para construir un mejor porvenir para todos[2] [3] [4]

Si tiene la necesidad de acudir a nuestras oficinas o las sucursales aliadas, tenga presente tomar siempre las medidas de autocuidado[5]

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Pensioados y Pagos
LRR / S.B.P.
C.C. EXP. DV 483690

[1]Artículo 17 de la Ley 100 de 1993. La obligación de cotizar cesa al momento en que el afiliado reúna los requisitos para acceder a la pensión mínima de vejez, o cuando el afiliado se pensione por invalidez o anticipadamente.

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	ALTING INGENIERIA S.A.S.		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	900815455
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1117543616	**Nombres y apellidos**	ORIANA ANDREA MURILLO COTAMO
Fecha de afiliación	2023-05-24	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2023-05-24	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ORIANA ANDREA MURILLO COTAMO identificado(a) con CC 1117543616 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/02/2013**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SALUD VITAL DEL HUILA I.P.S S.A.S - SEDE FLORENCIA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de octubre del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ORIANA ANDREA MURILLO COTAMO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.117.543.616**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Octubre 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.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MILLER HERNAN AGUILAR RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93342731,** se encuentra afiliado/a desde **31/03/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de octubre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON JAVIER ALVIS ALAPE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **96362521,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de octubre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE ELIAS RINCON FLOREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **17324685,** se encuentra afiliado/a desde **04/02/1985** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de octubre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIO ERNESTO ALVIRA OVIEDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1119586124,** se encuentra afiliado/a desde **28/02/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 07 de octubre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	RINCON FLOREZ JOSE ELIAS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	17324685
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1119581906	**Nombres y apellidos**	NICACIO ALVIRA OVIEDO
Fecha de afiliación	2025-05-21	**Estado de afiliación**	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-05-21	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	RINCON FLOREZ JOSE ELIAS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	17324685
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1119586124	**Nombres y apellidos**	MARIO ERNESTO ALVIRA OVIEDO
Fecha de afiliación	2025-05-21	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-05-21	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	RINCON FLOREZ JOSE ELIAS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	17324685
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 93342731	**Nombres y apellidos**	MILLER HERNAN AGUILAR RODRIGUEZ
Fecha de afiliación	2025-10-07	**Estado de afiliación**	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-10-07	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	RINCON FLOREZ JOSE ELIAS		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	17324685
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 96362521	**Nombres y apellidos**	WILSON JAVIER ALVIS ALAPE
Fecha de afiliación	2025-10-07	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2025-10-07	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades