81

UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025

Factura Electrónica de Venta FE - 1

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764103123592 de 15/12/2025 - 15/12/2027 autoriza FE - 1 a FE - 50

Actividad Económica Principal 4290
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	24/12/2025 00:12
Fecha de Vencimiento	29/12/2025 00:12
Fecha de Validación	24/12/2025 00:20
Forma de Pago	Crédito 5 DÍAS
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025
NIT	902013228-0
Obligación	IVA
Email	utlalaguna2025@gmail.com
Teléfono	3114819984
Dirección Fiscal	CL 18 2 E 40 BRR CAOBOS, CUCUTA, (N. DE SANTANDER, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL CENTRO
NIT	807008824-6
Obligación	NO APLICA
Email	secretariageneral@esecentro.com.co
Teléfono	3118111189
Dirección	UN HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL BRR MIRAFLORES
Ciudad, Depart.	GRAMALOTE, N. DE SANTANDER (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	COSTOS DIRECTOS	ACTA 1 CONTRATO DE OBRA N° 1047 DE 2025 CUYO OBJETO ES "ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD LA LAGUNA DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE NORTE DE SANTANDER"	1	EA	$82,262,559.48		$82,262,559.48	$82,262,559.48
2	ADMINISTRACION	ADMINISTRACION 24%	1	EA	$19,743,014.28		$19,743,014.28	$19,743,014.28
3	IMPREVISTOS	IMPREVISTOS 1%	1	EA	$822,625.59		$822,625.59	$822,625.59
4	UTILIDAD	UTILIDAD 5%	1	EA	$4,113,127.97		$4,113,127.97	$4,113,127.97

4

Subtotal	$106,941,327.32
Total a Pagar	$106,941,327.32

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: c46a9afb98ce361cb65bcf7e40306cf1a570ec5439cf8a1de9d2a597e0fc5746e04b75ffcc3996565360c6ef634811c4

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

	SUPERVISION DE EJECUCION DE CONTRATOS	Código: GJ-FO-02	Gobernación de Norte de Santander
		Versión: 1	
	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO	Fecha: Enero 2021	
		Pag.:1	

PAGO No. 1

Período de pago: DEL 12 AL 22 DE DICIEMBRE 2025	Valor a pagar: **$ 106.941.327,32**

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 1047 DE 12 DE DICIEMBRE DE 2025		Tipo de contrato:
Contratista: UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025		CC O NIT: 902013228 -0
Correo: residenteutlalaguna@gmail.com		Teléfono: 311 4819984
Objeto: ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD LA LAGUNA DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO D E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE NORTE DE SANTANDER.		
Duración: TRES (3) MESES	Fecha Inicio: 12/12/2025	Fecha Final: 12/03/2026
Disp. Presupuestal. No. y fecha: 1430 del 20 de octubre de 2025		Registro Presupuestal. No. y fecha: 1571 del 09 de diciembre de 2025
Valor del contrato: CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETENTA Y TRES MIL CON CUARENTA Y SEIS CENTAVOS ($446.932.073,46) MCTE.		
Forma de Pago: ACTAS PARCIALES DE OBRA.		
Número y tipo de cuenta: AHORROS No 088-000221-20		Entidad bancaria: BANCOLOMBIA

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
MARIA ELENA LOPEZ JIMENEZ	
Cargo:	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL				
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	-	N/A	-	-
PENSIÓN	-	N/A	-	-
A.R. L	-	N/A	-	-

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	**$ 446.932.073,46**
Valor Adicionales	N/A
Valor Total del Contrato	**$ 446.932.073,46**
Valor Pagado	$ 00,00

Valor Cobrado en el presente informe	$ 106.941.327,32
Valor total ejecutado	**$ 106.941.327,32**
Valor saldo por ejecutar	$ 339.990.746,14

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ cedula de ciudadanía 88201019 expedida en CÚCUTA en mi calidad de Representante legal de la Unión Temporal La laguna 2025 con NIT: 902013228 -0:

1. Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual las cuales se encuentran descritas en el informe de cumplimiento.
2. Los documentos de soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión de acuerdo a la normatividad legal vigente, las estampillas correspondientes al valor cobrado.
3. Autorizo el pago en la cuenta bancaria registrada en la presente acta, de acuerdo a los documentos previamente enviados.
4. Soy declarante de Impuesto de Renta: SI _X__ NO_____

CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, MARIA ELENA LOPEZ JIMENEZ con cédula de ciudadanía 56097644, en mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de cumplimiento, dentro del período de cobro; los cuales reposan en el expediente del contrato que se encuentra en (oficina ordenadora) de la ESE Hospital Regional Centro sede Cúcuta;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social de conformidad con lo señalado en la ley 100 de 1993 ley 797 de 2003 y art. 41 de la ley 80 de 1993, para lo cual allegó los respectivos recibos de pago del periodo correspondiente, tal como lo exige el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes.

Teniendo en cuenta lo anterior autorizo el presente pago, a los

SUPERVISOR

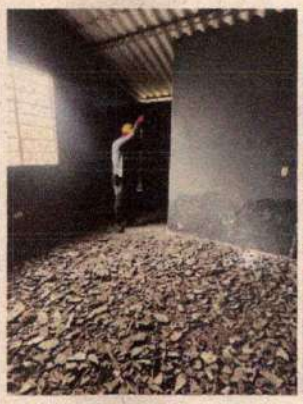
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato designado por esta Secretaría, autorizo el presente pago,

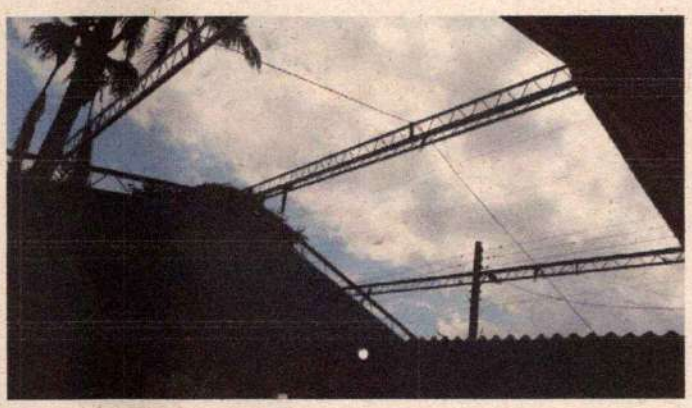
Responsable directo Sede VBo: _____

	INFORME DE ACTIVIDADES	Código: GJ-FO-01	Gobernación de Norte de Santander
		Versión: 1	
	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO	Fecha: Enero 2021	
		Pag.:1	

Contrato N° 1047	Periodo del reporte: 12 AL 22 DE DICIEMBRE 2025	Fecha: Diciembre 2025
Nombre del contratista: UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025		CC/NIT: 902013228 -0
Objeto del contrato: ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD LA LAGUNA DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO D E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE NORTE DE SANTARDER.		

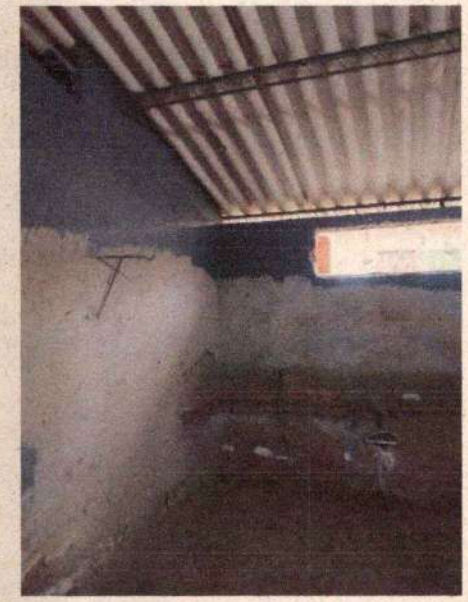
Obligaciones del contrato (En esta columna se detallan las obligaciones del contrato)	Actividades realizadas por el contratista (En esta columna el contratista debe indicar detalladamente todas las actividades realizadas en el periodo en cada una de las obligaciones)
1,01. Demolición de Acabados de Piso	• Se realiza estas actividades dentro del centro de salud, en algunas zonas utilizando herramientas menor como: barra, picas demoledor etc.
1,02. Desmonte de Cubierta (teja y estructura) a altura mayor a 3.0m	• Se realiza estas actividades para toda la cubierta existente del centro médico.
1.03. Demolición de Acabados de Muros (enchapes, pastas, pintura)	• Para estas actividades se realizan con herramientas como pulidoras esmeriladoras y demoledores para enchapes.
1,04. Demolición de Muros en Mampostería de espesor entre 0.10 y 0.15m	• Se realizan dichas actividades para zonas donde es necesario ampliar espacios y vanos de puertas y ventanas.
1,05. Desmonte de Puertas y Ventanas	• Se realiza estas actividades con herramienta menor y equipos como pulidoras, se desmonta en ciertas zonas no en todas las existentes y se dejan en un sitio a disposición del centro médico.
1,06. Desmonte de Aparatos Sanitarios	• Se realiza estas actividades con herramienta menor, se reemplaza todas las baterías sanitarias y también se dejan a disposición de los aparatos sanitarios desmontados a disposición del centro médico.
2,01. Suministro e Instalación de Teja Blanca UPVC y Estructura Metalica en Acero	• Estas actividades se realizan debidamente con el montaje de la estructura metálica según las especificaciones estipuladas con las actividades de soldadura y pintura, para posteriormente hacer la instalación de la teja cubierta con fijada con tornillos auto perforantes.

4,03. Pañete en mortero 1:4	• Se realiza estas actividades para las zonas donde se desarrollaron las actividades de demolición de acabados para muros.
EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS	**DEMOLICION DE PISOS**   **DESMONTE DE CUBIERTA (TEJA Y ESTRUCTURA) A ALTURA MAYOR A 3.0M** 



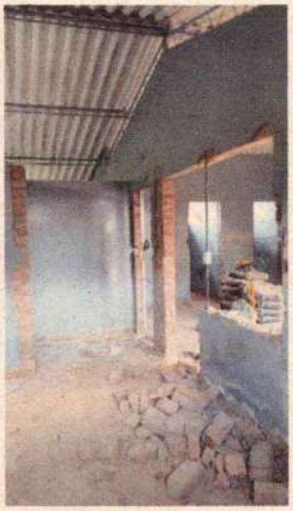
DEMOLICIÓN DE ACABADOS DE MUROS (ENCHAPES, PASTAS, PINTURA)



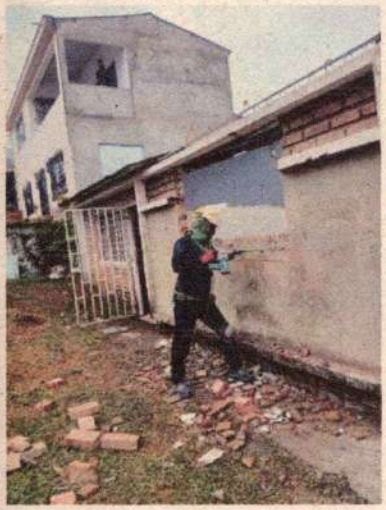


DEMOLICIÓN DE MUROS EN MAMPOSTERÍA DE ESPESOR ENTRE 0.10 Y 0.15M





DESMONTE DE PUERTAS Y VENTANAS





DESMONTE DE APARATOS SANITARIOS



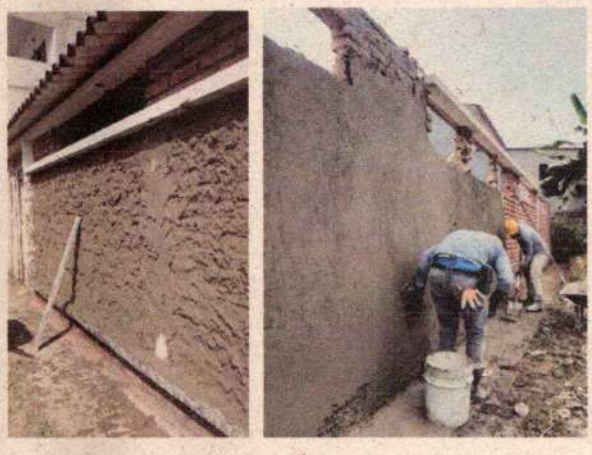


SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE TEJA BLANCA UPVC Y ESTRUCTURA METALICA EN ACERO.







	PAÑETE EN MORTERO 1:4 

UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025
R/L HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ.

SUPERVISOR: MARIA HELENA LOPEZ JIMENEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

AURA SUGEY PACHECO ARIAS
PROFESIONALDE APOYO A LA SUPERVISION

UNION TEMPORAL
LA LAGUNA 2025

UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025
NIT:902.013.228-0

INFORME DE OBRA PARCIAL 01

CONTRATO N° 1047 - 2025

SALAZAR NORTE DE SANTANDER

PERIODO: 12 AL 22 DE DICIEMBRE DE 2025

CALLE 18 # 2E-40 CAOBOS- CEL:3114819984
utlalaguna2025@gmail.com
Cúcuta-Norte de Santander

DISTRIBUCIÓN DEL INFORME

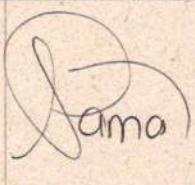
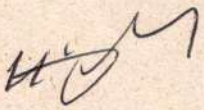
NOMBRE	CARGO	FECHA	DOCUMENTO	FIRMA
INTERVENTORIA Y CONSTRUCCIONES PARRA. S.A.S LIDIA SHIRLEY PARRA GARCIA	INTERVENTORIA	22/12/2025	ORIGINAL (1)	
UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025 R/L HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ	CONTRATISTA	22/12/2025	COPIA (1)	

Tabla 1. Distribución del informe.

TABLA DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN 9
2 INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO- 10
2.1 FICHA TECNICA DE OBRA 10
2.2 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DE OBRA 11
2.2.1. Obligaciones generales 11
2.2.2. Obligaciones especificas 11
2.3 ORGANIGRAMA DE OBRA 13
2.3.1 ORGANIGRAMA ADMINISTRATIVO DE OBRA 13
2.3.2 ORGANIGRAMA TECNICO OBRA 14
2.3.3 INFORMACION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO DE OBRA 15
3 INTERVENTORIA 15
4 ESTADO GARANTIA UNICA DE CUMPLIMIENTO OBRA 475 47 994000075070 Anexo: 0 15
4.1 ESTADO GARANTIA UNICA DE RESPONSABILIDAD. CIVIL EXTRACONTRACTUAL DE OBRA 475 74 994000013068 Anexo: 0 16
5 ESTADO DEL CONTRATO: EN EJECUCION 16
5.1 INFORME FINANCIERO DEL CONTRATO DE OBRA 16
6 INTRODUCCIÓN GENERAL DEL PROYECTO 17
6.1 LOCALIZACION DEL PROYECTO 18
7 DESCRIPCION DEL PROYECTO 20
7.1 ITEMS, CANTIDADES Y VALORES CONTRATADOS. 20
8 PROGRAMACION Y AVANCE DE OBRA 23
8.1 PROGRAMACION FINANCIERA 23
8.2 TABLA DE SEGUIMIENTO DE OBRA EJECUTADO 24
9. ANALISIS DE AVANCE DE SEGUIMIENTO 27
10. AVANCE FISICO DE LAS OBRAS 27
11. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y LEGALES 27
12. CORRESPONDENCIA 28
a. CORRESPONDENCIA CONTRATISTA DE OBRA 28
- ENVIADA: 28

12/12/2025 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025 28

b. CORRESPONDENCIA INTERVENTORIA: 28

- RECIBIDA: 28

12/12/2025 INTERVENTORIA Y CONSTRUCCIONES PARRA S.A.S 28

Asunto: Aprobación de Documentación Inicial 28

- RECIBIDA: 28

12/12/2025 INTERVENTORIA Y CONSTRUCCIONES PARRA S.A.S 28

- RECIBÍDA: 28

12/12/2025 INTERVENTORIA Y CONSTRUCCIONES PARRA S.A.S 28

- RECIBIDA: 28

12/12/2025 INTERVENTORIA Y CONSTRUCCIONES PARRA S.A.S 28

13. BITACORA DE SEGUIMIENTO DE OBRA 28
14. ESTADO DEL CLIMA 29
15. MANEJO E SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL 30
16. MAQUINARIA Y EQUIPOS MENORES EN LA OBRA 30
17. PERSONAL DE LA OBRA 30
18. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 32

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del informe. 3
Tabla 2. Información general de los contratos. 10
Tabla 3. información presupuestal del contrato de obra 15
Tabla 4. Garantias unicas de cumplimiento. 15
Tabla 5. Garantias de la obra responsabilidad civil 16
Tabla 6. Balance del contrato. 16
Tabla 7. Presupuesto del proyecto. 22
Tabla 8. Seguimiento de obra ejecutado. 26
Tabla 9. Cuadro del estado del tiempo. 29
Tabla 10. Maquinaria y equipos menores en la obra 30

LISTADO DE GRAFICOS

Grafico 1 Organigrama de obra. 13
Gráfico 2 Organigrama Técnico de Obra 14

LISTADO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Localización del proyecto mapa de Colombia y Norte de Santander. 18
Ilustración 2. Ubicación de villa sucre en el municipio de arboledas. 18
Ilustración 3. foto satelital del proyecto. 19
Ilustración 4. Programación financiera 23

1 INTRODUCCIÓN

La empresa **UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025**, en su calidad de contratista de las obras de la E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO, presenta la información y el estado actual del Contrato de Obra N° 1047-2025, contratado por la E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO, el cual tiene por objeto el: **"ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD LA LAGUNA DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO D E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE NORTE DE SANTANDER.**

El presente documento corresponde al **INFORME DE OBRA PARCIAL 01**, correspondiente al periodo que comprende desde el 12 de diciembre 2025 al 22 de diciembre de 2025, obligaciones del contrato de Obra N° 1047 – 2025, celebrado **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL CENTRO Y UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025.**

Por lo tanto, este informe contiene toda la información necesaria para que la INTERVENTORIA pueda verificar el cumplimiento de estas obligaciones, tanto en la ejecución física, técnica y administrativa, estas, se soportan con datos obtenidos en campo registrados en la bitácora de obra.

En el contenido del presente informe, se registran además todos los controles realizados al proyecto de acuerdo a las especificaciones técnicas.

También se presenta un resumen de las actividades ejecutadas, los problemas presentados, las acciones correctivas tomadas y la manera como se superaron, y un registro fotográfico de los trabajos.

Para finalizar se formulan las conclusiones, para el periodo comprendido en este informe.

	ORDENADOR DEL GASTO	ACTA DE RECIBO PARCIAL N° 1	
		FECHA DEL ACTA	22 DE DICIEMBRE DE 2025
	ANEXO N° 1 AL ACTA N° 1	CONTRATISTAS:UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025	
Objeto:	CONTRATO DE OBRA N° 1047 DE 2025 CUYO OBJETO ES "ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD LA LAGUNA DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE NORTE DE SANTANDER"		
Sede:	PUESTO DE SALUD LA LAGUNA		

ITEM	ACTIVIDADES	UNIDAD	CANTIDAD	VR UNITARIO	VALOR TOTAL	CANTIDAD EJECUTADA	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO	CANTIDAD ACUMULADA	VALOR ACUMULADO	% ACUMULADO	SALDO POR EJECUTAR	VALOR POR EJECUTAR	% EJECUCION POR EJECUTAR
1	**Preliminares**				**$ 16.335.724,42**		**$ 10.966.840,47**	**67,13%**		**$ 10.966.840,47**	**67,13%**		**$ 5.368.883,95**	**32,87%**
1,01	Demolición de Acabados de Piso	M2	128,34	$ 16.878,00	$ 2.165.865,84	114,49	$ 1.932.133,24	11,83%	114,49	$ 1.932.133,24	11,83%	13,85	$ 233.732,60	1,43%
1,02	Desmonte de Cubierta (teja y estructura) a altura mayor a 3.0m	M2	197,71	$ 20.285,00	$ 4.010.547,35	197,71	$ 4.010.516,92	24,55%	197,71	$ 4.010.516,92	24,55%	0,00	$ 30,43	0,00%
1,03	Demolición de Acabados de Muros (enchapes, pastas, pintura)	M2	487,99	$ 11.253,00	$ 5.491.351,47	352,92	$ 3.971.371,63	24,31%	352,92	$ 3.971.371,63	24,31%	135,07	$ 1.519.979,84	9,30%
1,04	Demolición de Muros en Mampostería de espesor entre 0.10 y 0.15m	M2	21,17	$ 18.000,00	$ 381.060,00	19,99	$ 359.730,00	2,20%	19,99	$ 359.730,00	2,20%	1,19	$ 21.330,00	0,13%
1,05	Desmonte de Puertas y Ventanas	M2	35,34	$ 13.502,00	$ 477.160,68	35,34	$ 477.160,68	2,92%	35,34	$ 477.160,68	2,92%	0,00	$ -	0,00%
1,06	Desmonte de Aparatos Sanitarios	UN	8,00	$ 26.991,00	$ 215.928,00	8,00	$ 215.928,00	1,32%	8,00	$ 215.928,00	1,32%	0,00	$ -	0,00%
1,07	Cargue y Retiro de Escombros	M3	61,19	$ 58.732,00	$ 3.593.811,06	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	61,19	$ 3.593.811,06	22,00%
2	**Cubierta y Cielorraso**				**$ 146.050.018,01**		**$ 69.113.940,39**	**47,32%**		**$ 69.113.940,39**	**47,32%**		**$ 76.936.077,62**	**52,68%**
2,01	Suministro e Instalación de Teja Blanca UPVC y Estructura Metalica en Acero	M2	197,71	$ 677.787,00	$ 134.005.267,77	101,97	$ 69.113.940,39	47%	101,97	$ 69.113.940,39	47,32%	95,74	$ 64.891.327,38	44,43%
2,02	Suministro e Instalación de Cielorraso en Drywall	M2	126,34	$ 95.336,00	$ 12.044.750,24	0	$ -	0%	0,00	$ -	0,00%	126,34	$ 12.044.750,24	8,25%
3	**Pisos y Acabados de Piso**				**$ 57.349.569,98**		**$ -**	**0,00%**		**$ -**	**0,00%**		**$ 57.349.569,98**	**100,00%**
3,01	Concreto de 3000psi para placas de contrapiso espesor de 10cm, rampas y escaleras, incluye refuerzo	M3	14,36	$ 1.160.508,00	$ 16.668.105,04	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	14,36	$ 16.668.105,04	29,10%
3,02	Antepiso en mortero de nivelación espesor de 4cm	M2	114,42	$ 43.850,00	$ 5.017.317,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	114,42	$ 5.017.317,00	8,75%
3,03	Piso en Ceramica Blanche Hulla	M2	114,42	$ 127.101,00	$ 14.542.896,42	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	114,42	$ 14.542.896,42	25,36%
3,04	Media caña	ML	189,92	$ 111.108,00	$ 21.101.251,52	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	189,92	$ 21.101.251,52	36,79%
4	**Muros y Acabados de Muros**				**$ 28.438.096,38**		**$ 2.181.778,62**	**7,67%**		**$ 2.181.778,62**	**7,67%**		**$ 26.257.320,76**	**92,33%**
4,01	Muro en Bloque N5	M2	21,02	$ 70.131,00	$ 1.474.153,62	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	21,02	$ 1.474.153,62	5,18%
4,02	Muro Seco en Superboard doble cara	M2	5,75	$ 164.704,00	$ 947.048,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	5,75	$ 947.048,00	3,33%
4,03	Pañete en mortero 1:4	M2	178,17	$ 29.937,00	$ 5.333.875,29	72,88	$ 2.181.778,62	7,67%	72,88	$ 2.181.778,62	7,67%	105,29	$ 3.152.096,67	11,08%
4,04	Estuco y Pintura Koraza Exterior	M2	435,09	$ 34.139,00	$ 14.853.537,51	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	435,09	$ 14.853.537,51	52,23%
4,05	Enchape para Muros en Ceramica Egeo Blanco	M2	58,72	$ 99.283,00	$ 5.830.484,96	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	58,72	$ 5.830.484,96	20,50%

5	Redes Hidrosanitarias y Aparatos Sanitarios				$ 33.619.654,45		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 33.619.654,45	100,00%
5,01	Suministro e Instalación de Lavamanos de uso institucional	UN	5,00	$ 532.009,00	$ 2.660.045,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	5,00	$ 2.660.045,00	7,91%
5,02	Suministro e Instalación de Sanitario Báltico de uso institucional	UN	4,00	$ 1.926.098,00	$ 7.704.392,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	4,00	$ 7.704.392,00	22,92%
5,03	Suministro e Instalación de Kit barrás para discapacitados	UN	2,00	$ 995.538,00	$ 1.991.076,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	2,00	$ 1.991.076,00	5,92%
5,04	Suministro e Instalación de Tanque de Almacenamiento de 2000Lt, incluye conexión hidraulica a red existente	UN	1,00	$ 1.755.456,00	$ 1.755.456,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 1.755.456,00	5,22%
5,05	Suministro e Instalación de Estructura Metalica para soporte elevado de tanque aereo	UN	1,00	$ 2.361.056,00	$ 2.361.056,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 2.361.056,00	7,02%
5,06	Suministro e Instalación de Mesa de Lavado American Aceros Con Pozuelo 270x60x90 Pz 40x30x18	UND	3,00	$ 5.123.841,00	$ 15.371.523,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	3,00	$ 15.371.523,00	45,72%
5,07	Regatas con cortadora de disco en mamposteria para tuberia de D menor o igual a 1", incluye resane y pañete	ML	24,65	$ 21.049,00	$ 518.857,85	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	24,65	$ 518.857,85	1,54%
5,08	Suministro e Instalación de Tuberia PVC P 1/2", incluye accesorios	ML	24,65	$ 5.510,00	$ 135.821,50	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	24,65	$ 135.821,50	0,40%
5,09	Suministro e Instalación de Tuberia PVC Sanitaria 2", incluye accesorios	ML	24,65	$ 14.008,00	$ 345.297,20	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	24,65	$ 345.297,20	1,03%
5,10	Regatas con cortadora de disco en mamposteria para tuberia de D entre 1" y 3", incluye resane y pañete	ML	24,65	$ 31.486,00	$ 776.129,90	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	24,65	$ 776.129,90	2,31%
6	Carpinteria Metalica				$ 13.323.164,80		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 13.323.164,80	100,00%
6,01	Suministro e Instalación de Puerta en Lamina Cal 18	M2	20,69	$ 482.220,00	$ 9.977.131,80	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	20,69	$ 9.977.131,80	74,89%
6,02	Suministro e Instalación de Ventana en Lamina Cal 18, incluye vidrio	M2	11,59	$ 288.700,00	$ 3.346.033,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	11,59	$ 3.346.033,00	25,11%
7	Red Eléctrica				$ 27.107.976,44		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 27.107.976,44	100,00%
7,01	Suministro e Instalación de Tablero de Servicio 12 circuitos con protecciones 32A	UND	1,00	$ 1.446.974,00	$ 1.446.974,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 1.446.974,00	5,34%
7,02	Suministro e Instalación de Planta Eléctrica Motor Diesel con cabina de insonorización 8.5kVA	UND	1,00	$ 10.729.280,00	$ 10.729.280,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 10.729.280,00	39,58%
7,03	Suministro e Instalación Ducteria EMT 3/4, incluye caja de paso 2400	ML	135,71	$ 33.851,00	$ 4.593.919,21	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	135,71	$ 4.593.919,21	16,95%
7,04	Suministro e Instalación de Cable 1F8+1T8+1N8 AWG Cu THHN	ML	135,71	$ 39.313,00	$ 5.335.167,23	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	135,71	$ 5.335.167,23	19,68%
7,05	Suministro e Instalación de Tomacorriente Doble, incluye salida L 1.80m	UND	12,00	$ 83.464,00	$ 1.001.568,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	12,00	$ 1.001.568,00	3,69%
7,06	Suministro e Instalación de Interruptor Sencillo, incluye salida L 1.20m	UND	11,00	$ 63.826,00	$ 702.086,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	11,00	$ 702.086,00	2,59%
7,07	Suministro e Instalación de Panel LED de 60x60 40W con Marco para cielo raso, incluye salida L 1.00m	UND	29,00	$ 113.758,00	$ 3.298.982,00	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	29,00	$ 3.298.982,00	12,17%
8	Adecuaciones Perimetrales				$ 21.568.695,18		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 21.568.695,18	100,00%
8,01	Explanacion manual incluye limpieza y descapote	M2	23,20	$ 10.621,00	$ 246.407,20	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	23,20	$ 246.407,20	1,14%
8,02	Excavacion manual	M3	9,87	$ 53.820,00	$ 531.203,40	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	9,87	$ 531.203,40	2,46%
8,03	Concreto de 3000 psi para bordillos, cunetas y muros de contencion	M3	11,61	$ 916.068,00	$ 10.635.758,46	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	11,61	$ 10.635.758,46	49,31%
8,04	Acero de refuerzo	KG	1423,91	$ 7.132,00	$ 10.155.326,12	0	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1423,91	$ 10.155.326,12	47,08%
	TOTAL COSTOS DIRECTOS				$ 343.793.902,66		$ 82.262.559,48			$ 82.262.559,48			$ 261.531.343,18	
	ADMINISTRACION			24%	$ 82.510.536,64		$ 19.743.014,28			$ 19.743.014,28			$ 62.767.522,36	
	IMPREVISTOS			1%	$ 3.437.939,03		$ 822.625,59			$ 822.625,59			$ 2.615.313,43	
	UTILIDAD			5%	$ 17.189.695,13		$ 4.113.127,97			$ 4.113.127,97			$ 13.076.567,16	
	TOTAL COSTOS INDIRECTOS				$ 103.138.170,80		$ 24.678.767,84			$ 24.678.767,84			$ 78.459.402,95	
	VALOR TOTAL DE LA OBRA (C. DIRECTOS + C. INDIRECTOS)				$ 446.932.073,46		$ 106.941.327,32			$ 106.941.327,32			$ 339.990.746,13	23,93%
	VALOR A PAGAR SEGÚN ACTA DE RECIBO PARCIAL N° 1													$ 106.941.327,32
	PORCENTAJE EJECUTADO*ACTA DE RECIBO PARCIAL N°1													23,93%
	PORCENTAJE EJECUTADO ACUMULADO													23,93%
	PORCENTAJE * EJECUTAR													76,07%
	VALOR A PAGAR SEGÚN PRESENTE ACTA: CIENTO SEIS MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL PESOS CON TREINTA Y DOS CENTAVOS													

SE FIRMA POR LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON:

RESUMEN ACTAS DE PAGO		
RESUMEN DEL CONTRATO		
VALOR DEL CONTRATO	$ 446.932.073,46	
VALOR ACTA PARCIAL No. 01		$ 106.941.327,32
SALDO POR EJECUTAR		$ 339.990.746,13
SUMAS IGUALES	$ 446.932.073,46	$ 446.932.073,46

R/L ING. HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ
UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025
CONTRATISTA DE OBRA

R/L ING. LIDIA SHIRLEY PARRA GARCIA
INTERVENTORÍA Y CONSTRUCCIONES PARRA S.A.S
CONTRATISTA DE INTERVENTORÍA

DRA. MARIA ELENA LOPEZ JIMENEZ
SUPERVISORA
E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO

ANEXO 1 – SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA DE OBRA.

CALLE 18 # 2E-40 CAOBOS- CEL:3114819984
utlalaguna2025@gmail.com
Cúcuta-Norte de Santander

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 88.201.019

Apellidos
MARTINEZ SANCHEZ

Nombres
HAROL FREDY

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.67	M

Fecha de nacimiento	G.S.
31 OCT 1972	O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedicion
07 FEB 1991, CUCUTA

Firma

Fecha de expiracion
07 ENE 2033

.CO

012532043

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL012532043625001<<<<<<<<<<<
7210316M3301074COL88201019<<<7
MARTINEZ<SANCHEZ<<HAROL<FREDY<

ARL | sura

Medellín, 12 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C88201019	MARTINEZ SANCHEZ HAROL FREDY	11/12/2025		210O1702	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:C882010192534663071

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 12/12/2025 17:31:11 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.207.92, 192.230.104.12, 172.16.42.57

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

185471478

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

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectivo D. De Oficio / Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X 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
MARTINEZ	SANCHEZ	HAROL	FREDY

9. Tipo de documento de Identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál:	13. Nacionalidad
C EDULA	88201019	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		COLOMBIANO

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
BOGOTA	COLOMBIA	N/SANTANDER	CUCUTA	31 10 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SURA	COLPENSIONES	1'423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
[illegible]	[illegible]

Teléfono Celular	Correo Electrónico
311 [illegible]	[illegible]

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona	
N/SANTANDER	CUCUTA		Cabecera Municipal X	Rural Disperso
			Centro Poblado	Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

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

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 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					

A. AFILIACIÓN

100284458 SKU 20572

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		2895-10830
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)
UNION TEMPORAL VIAS SUCRE 2021	NIT	9020109526	

59. Ubicación

Dirección: CALLE 12 # 12-40 COROZAL

Teléfono fijo o Celular: 3114919494

Correo Electrónico: UTVIASUCRE2021@GMAIL.COM

Departamento: SUCRE

Municipio / Distrito: COROZAL

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.
- [ ] 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
- [x] 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	

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
SANITAS	01/12/25	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 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.
- [x] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [x] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación	97. Fecha de validación
	CC			

EPS Sanitas
NIT 800 251 440-6
17 OCT 2025

OBSERVACIONES: DRP 01 2010 se anexan documentos ciclos 2 y mas temporal

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 | Número consecutivo

FORMULARIO DE NOVEDADES

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **88201019,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2024** 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 12 de diciembre de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 22 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1090365081	VASQUEZ FLECHAS DIANA	23/12/2025		38442191	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 22/12/2025 12:31:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.219.69, 192.230.104.1, 172.16.42.57





Cargo: Residente

EPS: sanitas

FDP: protección

Dirección: Calle 11AN # ,11AE- 68 Conjunto cerrado Torres de centenario. Guaimaral

ARL | sura

Medellín, 11 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1090478155	GARAVITO GOMEZ PAOLA ANDREA	12/12/2025		16333224	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 11/12/2025 19:00:31 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.207.92, 192.230.104.12, 172.16.42.57


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.090.478.155
GARAVITO GOMEZ
PAOLA ANDREA


30-JUN-1994
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
1.60
O+
F
03-JUL-2012 CUCUTA

COOSALUD EPS

En Pós de tu Bienestar

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario.

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: CARRUITO | SEGUNDO APELLIDO: GOMEZ | PRIMER NOMBRE: PAOLA | SEGUNDO NOMBRE: ANDREA
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1090477155
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO N. DE SANTANDER | MUNICIPIO CUCUTA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 30 | MES 06 | AÑO 2005

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [X] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL 2 | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: 1423500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: CII 30 # 24B-113 CONJ. LOS ROBLES
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3159359779
CORREO ELECTRÓNICO: ANDREGOMEZ@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: N. DE SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] ÁREA RURAL [ ]
IPS

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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
31		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
32		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
33		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
34		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
35		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PUEBLO/S	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN SI	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	49. DISCAPACIDAD NO	49. DISCAPACIDAD CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. RESIDENCIA PERMANENTE SI	50. RESIDENCIA PERMANENTE NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	51. Datos de residencia MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA
31							I. II. III.									
32							I. II. III.									
33							I. II. III.									
34							I. II. III.									
35							I. II. III.									

	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)
31							
32							
33							
34							
35							

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: UT VILLASUCRE 2025
56. Tipo documento de identificación: NIT [X] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de identificación: 901010958-5
58. Ubicación — DIRECCIÓN: CII 18 # 2E-40 CAOBOS | TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3163133870 | CORREO ELECTRÓNICO: UTVILLASUCRE2025@GMAIL.COM | DEPARTAMENTO: N. DE SANTANDER | MUNICIPIO/DISTRITO: CUCUTA
59. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 [ ]
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
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA NA | MES NA | AÑO 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

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 mí. [ ]
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 Coosalud EPS establezcas comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas TeleMínicas, 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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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 [ ]
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 [ ]

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.

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorización de mensajes de texto.

Yo, PAOLA ANDREA CARRILLO GOMEZ identificado (a) con R.C. | T.I. | X | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1090473155 de Cucuta., certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿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?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Asi mismo autorizo a COOSALUD EPS para que envíe información al teléfono celular No. _____

y/o correo electrónico: _____

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://coosalud.com/sites/default/files/carta-derechos-deberes.pdf

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: [signature]

Tipo ID: CC No. ID: 1090473155

Fecha de Solicitud: _____

Dirección: C 11 30 # 29B-119 CDA. ROSALES

Tel: 3157357777 Municipio: CUCUTA

Departamento: NORTE DE SANTANDER

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará COOSALUD EPS, en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la **COOSALUD EPS S.A.**

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a COOSALUD EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de COOSALUD EPS S.A. y la carta de derecho de deberes. Autorizo de manera expresa a y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de COOSALUD EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que COOSALUD EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de COOSALUD EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Llámanos marcando gratis desde tu celular: 8922 o desde un teléfono fijo: 018000 515611

Correo: defensorusuario@coosalud.com - web: www.coosalud.com

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por COOSALUD EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Habeas Data", dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Consentimiento de donación de órganos

La Ley 1805 de agosto de 2016 en su artículo 4° establece: **"ARTÍCULO 4°. Manifestación de oposición a la presunción legal de donación.** Toda persona puede oponerse a la presunción legal de donación expresando su voluntad de no ser donante de órganos y tejidos, mediante un documento escrito que deberá autenticarse ante Notario Público y radicarse ante el Instituto Nacional de Salud (INS). También podrá oponerse al momento de la afiliación a la Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual estará obligada a informar al Instituto Nacional de Salud (INS)."

La donación es un acto voluntario por el cual una persona en vida o su familia después de la muerte autorizan la extracción de órganos y tejidos para trasplante, con el fin de ayudar a otras personas. La donación es desinteresada y altruista, ya que por ella no existe remuneración o retribución para el donante o su familia. Por cada donante de órganos y tejidos se pueden beneficiar más de 55 personas. El trasplante de órganos es un tratamiento médico por medio del cual órganos, tejidos y células enfermas son reemplazados por las de un donante. Estos procedimientos ofrecen excelentes resultados en la calidad de vida de las personas, además de prolongarla. Es importante donar para salvar y mejorar la calidad de vida de otros colombianos que necesitan un trasplante de órganos y/o tejidos, y pueden acceder al tratamiento sin importar sexo, religión o condición económica. La donación es un acto de solidaridad de la sociedad que se devuelve a ella misma.

En virtud de lo anterior, lo invitamos a manifestar si acepta o se opone a ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, marcando a continuación la opción por usted elegida. Yo, _____ identificado (a) con el número de identificación _____ en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, manifiesto mi voluntad libre, previa e informada acerca de ser donante de órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, decisión que será informada al Instituto Nacional de Salud (INS).

ACEPTO **Después de mi fallecimiento deseo donar:**

Todos los órganos y/o tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos útiles para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos

Solamente los siguientes órganos o tejidos:

- ☐ Corazón
- ☐ Pulmón
- ☐ Páncreas
- ☐ Piel
- ☐ Hígado
- ☐ Riñones
- ☐ Intestino
- ☐ Hueso
- ☐ Medula ósea
- ☐ Cornea

NO ACEPTO

_____

Firma y huella

(La huella será válida en caso de que éste no pueda firmar)

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ / NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ / NO
			$				

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato	
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____				

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

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:

PAOLA ANDREA GARAVITO GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.478.155**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Diciembre 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.

ARL | sura

Medellín, 11 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C88245019	ARENAS ESQUIVEL MIGUEL ANGEL	12/12/2025		20515321	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

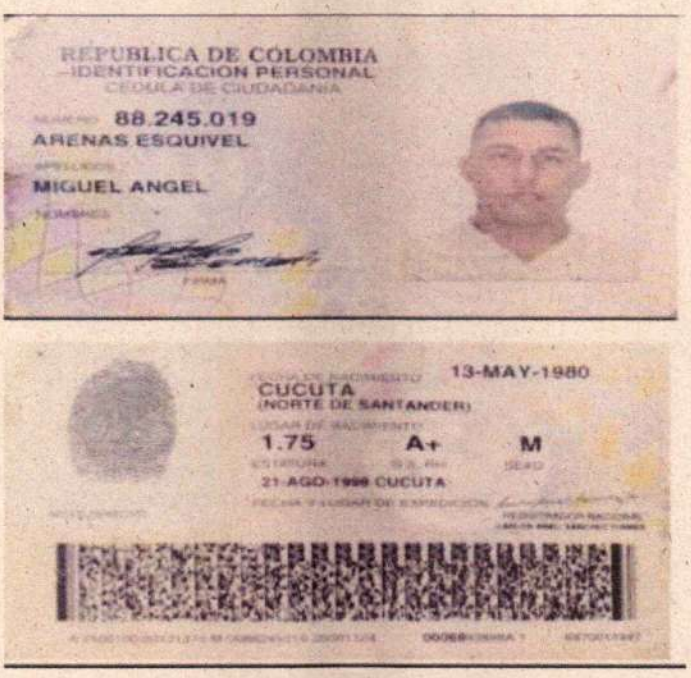
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 11/12/2025 18:52:15 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.207.92, 192.230.104.12, 172.16.42.57



Cargo: ayudante

EPS: coosalud

FDP: porvenir

Dirección: calle 19 # 11-128 barrio Camilo Torres

Celular: 3222049422

COOSALUD EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
5. 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: ARENAS | SEGUNDO APELLIDO: ESQUIVEL | PRIMER NOMBRE: MIGUEL | SEGUNDO NOMBRE: ANGEL

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ] A.S. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 88245019
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: [ ]
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | NORTE DE SDER | CUCUTA
15. FECHA NACIMIENTO: 18 | 05 | 80

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ]
CATEGORIA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA: DIRECCIÓN: Cll 19 #11-28 Camilo Torres
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3222049422
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO: NORTE DE SDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RANGO RURAL [ ]
IPS

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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD: [ ]
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA | MES | AÑO

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 BIOLÓGICO F	39. SEXO BIOLÓGICO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DIA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
81		C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. A.S.															
82		C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. A.S.															
83		C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. A.S.															
84		C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. A.S.															
85		C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T. A.S.															

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PUEBLO/ETNIA	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. NIVEL DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	48. CLASIFICACIÓN SISBEN GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	49. DISCAPACIDAD NO	50. DESPLAZADO? SI	50. DESPLAZADO? NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RANGO RURAL
81							I.	III.										
82							II.	IV.										
83							I.	III.										
84							II.	IV.										
85							I.	III.										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. SEDE DE LA IPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DESIGNAR POR LA EPS)
81							
82							
83							
84							
85							

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: U.T. LA LAGUNA 2025
56. Tipo documento de identificación: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [X]
57. Número del documento de identificación: 902013228 - 7
58. Tipo de aportante o pagador de aportes (a designar por la EPS): PEQUEÑA
59. Ubicación: Dirección: CALLE 18 # 26-40 | Teléfono fijo o celular: 3138199889 | Correo electrónico: Utlalaguna2025@gmail.com | Departamento: N DES | Municipio/Distrito: CUCUTA

VI. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS Y 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 TRAMITE 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
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTECEDE
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA | MES | AÑO
67. MOTIVO DE TRASLADO: Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

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 mí. [ ]
70. Declaración de no ser cotizante 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 lo 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 Coosalud 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 informadores sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, indicado el estoy registrado en el "Registro de Número 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 ensuela del Saber 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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. Firma del cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando agrupe a 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: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
Cantidad: [ ] Total: [ ]
83. Copia del dictamen de invalidez 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: [ ]

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: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
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.

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:

MIGUEL ANGEL ARENAS ESQUIVEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **88.245.019**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Diciembre 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.

ARL | sura

Medellín, 11 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1010003231	GARCIA GOMEZ MANUEL JOHANDRY	12/12/2025		15225227	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

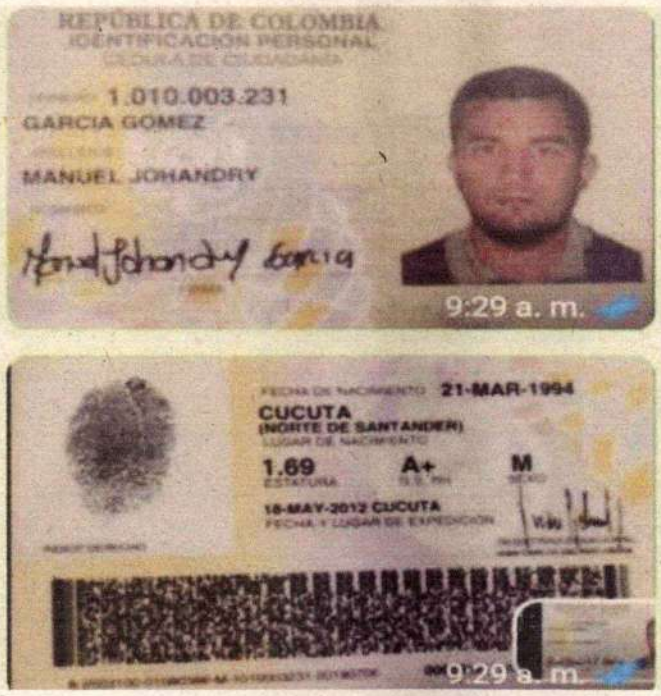
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 11/12/2025 18:48:43 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.207.92, 192.230.104.12, 172.16.42.57



Cargo: ayudante

EPS: nueva eps

FDP: porvenir

Dirección: calle 5 # 8-60 barrio la unión

Celular: 3223525459

Curso de alturas: no tiene

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025 identificado con NIT número 902013228 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9690328	20/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1010003231	MANUELJOHANDRY GARCIA GOMEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-12-12

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

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:

MANUEL JOHANDRY GARCIA GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.003.231**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Diciembre 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.

ARL | sura

Medellín, 11 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1010111403	LEAL PUENTES JEYSON ANDRES	12/12/2025		6621394h	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 11/12/2025 18:45:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.207.92, 192.230.104.12, 172.16.42.57



Cargo: ayudante

EPS: coosalud

FDP: no ha cotizado

Dirección: avenida 9 #3-145 barrio la unión

Celular: 3002095387

Curso de alturas: no tiene

COOSALUD EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LEAL	PUENTES	JEYSON	ANDRES

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.010.511.403
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [ ] CATEGORIA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [ ]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA: DIRECCIÓN: Av 9 # 3-145 BARRIO LA UNION
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3002095387
CORREO ELECTRÓNICO
DEPARTAMENTO: NORTE DE SDER.
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: URBANA [ ] RURAL [ ]
FOLIO: [ ] PUESTO: [ ] MESA: [ ] IPS

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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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 BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	46. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN?	48. CLASIFICACIÓN SISBEN	49. DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE	51. Datos de residencia	ZONA
01					SI / NO	NIVEL / GRUPO	SI / NO	SI / NO	DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	URBANA / RURAL
02										
03										
04										
05										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. IBC	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CORREO DE LA IPS
01							
02							
03							
04							
05							

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: U.T. LA LAGUNA
56. Tipo documento de identificación: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [X]
57. Número del documento de identificación: 902013228-0
58. Tipo de aportante o grupo de pensiones (si registra) (Lo indica la EPS): PEQUEÑA
59. Ubicación: C11 18 [illegible] 40
DEPARTAMENTO: NORTE DE SDER
MUNICIPIO/DISTRITO: CUCUTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 Cadena: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADOPCIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS INTERNO AL PAÍS I. 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

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
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

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 mí. [ ]
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 Coosalud 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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: ANPRES LEAL
81. El empleador, aportante o representante legal de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
Cantidad: Total:
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:

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: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
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 los documentos contenidos en el capítulo VII del formulario.

ARL | sura

Medellín, 15 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C5483794	LINDARTE MOLINA LUIS FRANCISCO	16/12/2025		p218¹tz3	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 15/12/2025 17:14:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.207.92, 192.230.104.12, 172.16.42.57





Cargo: ayudante

EPS:nueva eps

FDP: colpensiones

Dirección: ak47 corregimiento la laguna Salazar

Celular: 3103642595

Curso alturas: no tiene

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025 identificado con NIT número 902013228 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9690338	20/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	5483794	LUISFRANCISCO LINDARTE MOLINA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-12-16

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Diciembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS FRANCISCO LINDARTE MOLINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **5483794,** se encuentra afiliado/a desde **15/06/1989** 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 15 de diciembre 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.

ARL | sura

Medellín, 15 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 UNION TEMPORAL LA LAGUNA 2025.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL NORTE DE SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C88179476	MORENO ROJAS LEONARDO	16/12/2025		18216614	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 15/12/2025 17:05:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.33.207.92, 192.230.104.12, 172.16.42.57


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 88.179.476
MORENO ROJAS
APELLIDOS
LEONARDO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-AGO-1979
SALAZAR
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO
11-NOV-1997 SALAZAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2507300-88155322-M-0088179476-20070320 06263 07079A 02 208876725

Cargo: ayudante

EPS: Sanitas

FDP: Porvenir

Dirección: salazar - corregimiento la laguna kdx 115-1

Celular: 3118892047

Curso alturas: no tiene

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:

LEONARDO MORENO ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **88.179.476**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Diciembre 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.

ARL | sura

Medellín, 16 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 SOLIMET CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CONSTRUCCIÓN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C88269416	ARIAS FUENTES JOSE OSWALDO	10/06/2025		14713148	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:C10904173302535057434

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 16/12/2025 15:57:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.192.7, 198.143.41.37, 172.16.42.57


REPUBLICA DE COLOMBIA
ARIAS FUENTES
JOSE OSWALDO
COL
1.72
M
10 OCT 1963
A+
CUCUTA (NORTE DE SANTANDER)
28 DIC 2001. CUCUTA
28 AGO 2032


I<COL0031452436250 01<<<<<<<<<<
8310154M3208265COL88269416<<<4
ARIAS<FUENTES<<JOSE<OSWALDO<<<

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 901208743	7	SOLIMET CONSTRUCCIONES S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	JOSE OSWALDO ARIAS	AVENida 34 1419	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	5761825	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1977441876	9495936394	E	2025/12/11	2025/12/03	BANCOLOMBIA	0	$602,400

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1094347453	ARIAS NORIEGA JESUS ALBERTO		X																230301	8	$379,600	$60,800	EPS037	8	$379,600	$15,200	CCF36	8	$379,600	$15,200	14-11	8	$379,600	$26,500	8	$0	$0	Si	$117,700
2	CC	13438371	ARIAS ORTEGA JOSE DE LA CRUZ	X	X																-	0	$0	$0	ESSC24	2	$94,900	$3,800	CCF36	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$14,300
3	CC	88269416	ARIAS FUENTES JOSE OSWALDO																		230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS042	30	$1,423,500	$57,000	CCF36	30	$1,423,000	$57,000	14-11	30	$1,423,500	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
4	CC	1044907497	SUAREZ JULIO SHIRLY MARGARITA	X	X																230301	2	$94,900	$15,200	EPS002	2	$94,900	$3,800	CCF36	2	$94,900	$3,800	14-11	2	$94,900	$6,700	2	$0	$0	Si	$29,500
Total	Afiliados(4)																						$1,898,000	$303,800			$1,992,900	$79,800			$1,992,400	$79,800			$1,992,900	$139,000		$0	$0		$602,400

2025/12/09 10:28 PM

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 901208743	7	SOLIMET CONSTRUCCIONES S.A.S	A - 200 O MAS COTIZANTES	JOSE OSWALDO ARIAS	AVENida 34 1419	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	5761825	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	1977441876	9495936394	E	2025/12/11	2025/12/03	BANCOLOMBIA	0	$602,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$303,800	$0	$0	$303,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$76,000	$0	$0	$76,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$139,000	$0	$0	$139,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	4	$139,000	$0	$0	$139,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				4	$79,800	$0	$0	$79,800
COMFAORIENTE	CCF36	890,500,675	6	4	$79,800	$0	$0	$79,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				4	$79,800	$0	$0	$79,800
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$57,000	$0	$0	$57,000
COOSALUD MOVILIDAD	ESSC24	900,226,715	3	1	$3,800	$0	$0	$3,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$15,200	$0	$0	$15,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$3,800	$0	$0	$3,800
TOTAL				4	$602,400	$0	$0	$602,400

2025/12/09 10:28 PM

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ARIAS FUENTES JOSE OSWALDO** identificado(a) con **CC** número **88.269.416** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2004 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de diciembre 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:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

ARL | sura

Medellín, 16 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 SOLIMET CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CONSTRUCCIÓN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1092647028	CONTRERAS JAIMES JEISON JAVIER	10/12/2025		v164x860	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:C10904173302535057339

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 16/12/2025 15:55:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.192.7, 198.143.41.37, 172.16.42.57

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.092.647.028

APELLIDOS ONTRERAS JAIMES

NOMBRES EISON JAVIER

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
30-MAY-1998

ARBOLEDAS
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-SEP-2016 ARBOLEDAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2500700-00855675-M-1092647028-20161014 0051843303A 1 46107972

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 12 12 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: CONTRERAS | SEGUNDO APELLIDO: JAIMES | PRIMER NOMBRE: JEISON | SEGUNDO NOMBRE: JAVIER
9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1092647028
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] OMO [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER | MUNICIPIO: CUCUTA
15. FECHA NACIMIENTO: 30 05 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CAT. DE DISCAPACIDAD: N/A
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL: | GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA - CIA. SURAMERICANA DE
23. APP: COLPENSIONES
24. IBC: $ 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA:
26. RESIDENCIA:
TELÉFONO CELULAR: 3133002446
TELÉFONO FIJO:
DIRECCIÓN: NOA V/SUCRE KDX 74 # -
COMPLEMENTO DIRECCIÓN:
CORREO ELECTRÓNICO: JEISON01@HOTMAIL.COM
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA: BARRIO
ZONA: URBANO [X] RURAL [ ]
IPS:

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 | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN
32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
31								
32								
33								
34								
35								

	Datos complementarios del Beneficiario			44. TIENE DISCAPACIDAD	45. CLASIFICACIÓN SISBÉN		46. ¿ES CAPACIDAD PERMANENTE?		47. Datos de residencia			ZONA	
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. DISCAPACIDAD	SI / NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	LOCALIDAD / COMUNA	RURAL	URBANA
31													
32													
33													
34													
35													

	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)
31							
32							
33							
34							
35							

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: SOLIMET CONSTRUCCIONES S.A.S
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901208743
58. TELÉFONO FIJO Y CELULAR: 3133002446
59. Tipo de aportante o empleador (a registrar por la EPS)
60. Dirección: AV 34 14 19 BRR EL RODEO # -
CORREO ELECTRÓNICO: CONTABILIDADVISR@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO: CUCUTA

RADICADO
12-12-2025
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

99. 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 CONDICIÓN [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE [ ]
11. INGRESO CON EPS RETORNO AL PAÍS, RETIRO DE [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES [ ]
14. MOVILIDAD: a) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. CAMBIO DE RÉGIMEN [ ]
16. TRASLADO ENTRE EPS [ ]
17. PORTABILIDAD [ ]
18. RETIRO DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
19. APORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
20. NOMBRE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
21. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
22. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: CONTRERAS | SEGUNDO APELLIDO: JAIMES | PRIMER NOMBRE: JEISON | SEGUNDO NOMBRE: JAVIER
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1092647028
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] T [ ] NB [ ] OMO [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 30 05 1998
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 09 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FRANQUICIA DE PENSIONES:

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 mí. [X]
70. Declaración de no 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. Acepto soporte de la finalidad. [X]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la regulacion. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el cruce 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. [X]
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. [X]
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). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

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

Jeison Javier Contreras
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

Jose Oswaldo Arias
81. El Representante, apoderado o delegado responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CM [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PE [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: 1
Total: 1
83. Copia del dictamen de invalidez 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 en la declaración de la unión marital.
86. Copia del contrato de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la patria potestad o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en el que conste la filiación de la madre, padre 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 (en caso de la finalización temporal del Radio nuclear 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016).
90. Copia de la autorización de traslado (en caso de la finalización temporal del Radio nuclear 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016).
91. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
92. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o de ordenar la afiliación de oficio.
Total Anexos:

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

93. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento
94. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

95. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 96. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 98. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CONTRERAS JAIMES JEISON JAVIER** identificado(a) con **CC** número **1.092.647.028** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de septiembre de 2020 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 16 de diciembre 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:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

ARL | sura

Medellín, 16 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 SOLIMET CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CONSTRUCCIÓN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1093778703	LEAL ROMERO JOSE RAFAEL	12/12/2025		22235197	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:C10904173302535057380

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 16/12/2025 15:56:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.192.7, 198.143.41.37, 172.16.42.57



FECHA DE NACIMIENTO 29-MAY-1995
ARBOLEDAS
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
30-MAY-2013 LOS PATIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-2505400-00452153-M-1093778703-20130723 0034093537A 1 40420258



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.093.778.703
LEAL ROMERO
APELLIDOS
JOSE RAFAEL
NOMBRES
Jose Rafael Leal R.
FIRMA

Powered by CamScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 12 12 2025

790994980

(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
LEAL	ROMERO	JOSE	RAFAEL

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA	1093778703	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
	COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	29 05 1995

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
SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PORVENIR	$ 1.423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
AV KDX 31	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3204520788	JOSELEAL01@GMAIL.COM

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	BARRIO	Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

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

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				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 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 (lo diligencia solo 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

AEU

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	UAP NORTE SALUD S A	
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)
SOLIMET CONSTRUCCIONES S.A.S	NIT	901208743	

59. Ubicación

Dirección: AV 34 14 19 BRR EL RODEO

Teléfono fijo o Celular: 3133002446

Correo Electrónico: CONTABILIDADVISR@GMAIL.COM

Departamento: BOGOTA D.C.

Municipio / Distrito: 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
	1 2 1 2 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
Jose Rafael Leal	

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	54	

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)
			1 2 1 2 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: 12-12-2025	

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 JOSE RAFAEL LEAL ROMERO

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

Jose Rafael Leal

Firma del Afiliado JOSE RAFAEL LEAL ROMERO

Documento de Identidad 1093778703

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

JOSE RAFAEL LEAL ROMERO, 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: Jose Rafael Leal

Nombre: JOSE RAFAEL LEAL ROMERO

Identificación: 1093778703

Fecha: 12-12-2025

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOSE RAFAEL LEAL ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.093.778.703**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Diciembre 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.

ARL | sura

Medellín, 16 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 SOLIMET CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CONSTRUCCIÓN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C13438371	ARIAS ORTEGA JOSE DE LA CRUZ	10/12/2025		u1512302	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:C10904173302535057270

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 16/12/2025 15:54:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.192.7, 198.143.41.37, 172.16.42.57



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 13.438.371
ARIAS ORTEGA

APELLIDOS
JOSE DE LA CRUZ

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1955
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

06-MAY-1977 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2500100-00097523-M-0013438371-20080908 0003128292A 1 7010003322

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COOSALUD
EA Pos de tu bienestar

No. De Radicación	Fecha de Radicación
	12/12/2025

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliado: A. Individual [ ] Cotizante o Cabeza de Familia / Beneficiario o afiliado adicional [X] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] 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
	Arias	ortega	JOSE de la cruz

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]	10. Fecha de nacimiento
C	13438371		03/05/1955

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	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Sura	Colpensiones	1423500

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
Calle 9 7-55		3144581737	

Ciudad	Zona: Urbana	Rural	Localidad/Comuna	Departamento
Cucuta	X			norte de Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del conyugue 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: 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
81				
82				
83				
84				
85				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
81					
82					
83					
84					
85					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo (F, N, M)	Condición (T, P)
81				
82				
83				
84				
85				

	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)
81						
82						
83						
84						
85						

RADICADO
17 DIC 2025
No. DOCUMENTO
REGIONAL CUNDINAMARCA

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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 (a registrar por la EPS)
Solimet Construcciones	SAS N	901208743	

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Ciudad	Departamento
AV 34 - 14 - 19	3133002446	Contabilidad Visr@gmail.com	Cucuta	norte de santander

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOSE DE LA CRUZ ARIAS ORTEGA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **13438371,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/1976** 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 16 de diciembre 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.

ARL | sura

Medellín, 16 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

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 SOLIMET CONSTRUCCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000002 - CONSTRUCCIÓN, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1090490218	BENJUMEA NUÑEZ YESID FILEMON	12/12/2025		41215133	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:C10904173302535057305

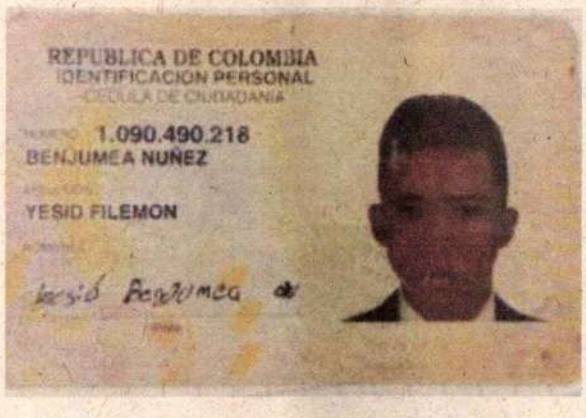
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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 16/12/2025 15:55:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 104.28.192.7, 198.143.41.37, 172.16.42.57


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.090.490.218
BENJUMEA NUÑEZ
YESID FILEMON


30-JUL-1995
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
1.67
B+
M
12-AGO-2013 CUCUTA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 12 | 12 | 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BENJUMEA	NUÑEZ	YESID	FILEMON

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1090490218	M [X]	F [X] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	15. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
COLOMBIANO	COLOMBIA	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA	30	07	1995

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENDOSO ESTA SISBEN?	20. CLASIFICACIÓN SISBEN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					SURA - CIA. SURAMERICANA DI

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.423.500			3204520788	

DIRECCIÓN	#	-	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
KDX 31			YESID0123@GMAIL.COM	NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ]	IPS
CUCUTA	BARRIO		

D. DATOS 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	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		M [ ] F [ ]	F [ ] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	34. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO

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

BENEFICIARIOS	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

Datos complementarios del Beneficiario	43. NÚMERO DE PRECARGA (SI APLICA)	44. TIENE PARENTESCO SISBEN? SI	NO	45. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	46. DIS CAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	47. DISCAPACIDAD PERMANENTE: SI	NO	48. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO (CIUDAD)	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO
01															
02															
03															
04															
05															

TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	50. ÁREA DE LA IPS (SI ATIENDE ALGÚN AFILIADO)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A SUMINISTRAR POR LA EPS)

E. 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	NÚMERO TELÉFONO DE OFICINA	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a cargo de pago de la EPS)
SOLMET CONSTRUCCIONES S.A.S	NI - Número Identificación Tributaria	901208743	3133002445	

59. Dirección	#	-	60. CORREO ELECTRÓNICO	61. DEPARTAMENTO	62. MUNICIPIO
AV 34 14 19 BRR EL RODEO			CONTABILIDADVISR@GMAIL.COM	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA

RADICADO 12-12-2025 AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

F. REPORTE DE NOVEDADES

63. 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 BENEFICIARIO(S) O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O APORTACIÓN DE CONDICIÓN DE PENSIONADO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LA CONDICIÓN DE PENSIONADO PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EN EL RETORNO AL PASO A 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. RETIRO DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
16. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
17. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

64. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BENJUMEA	NUÑEZ	YESID	FILEMON

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	67. SEXO BIOLÓGICO	68. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1090490218	M [X]	F [X] M [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

69. FECHA NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO	70. EPS ANTERIOR	71. FECHA DE NOVEDAD: DÍA	MES	AÑO	72. MOTIVO DE TRASLADO Código	73. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FONDO DE PENSIONES
30	07	1995		12	12	2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

74. 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 mí. [X]
75. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
76. Declaración de existencia de vínculo de hecho mayor a dos(2) años: Declaro bajo la gravedad de juramento que existe un vínculo de hecho mayor a dos(2) años con mi cónyuge o compañero(a) permanente. [ ]
77. Declaración de existencia de hijo(s) en común: Declaro bajo la gravedad de juramento que existe(n) hijo(s) en común con mi cónyuge o compañero(a) permanente. [ ]
78. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [X]
79. 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]
80. 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 lo requieran. [X]
81. 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. [X]
82. 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. [X]
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). [ ]
83. Aceptación de las condiciones para vincularme a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
84. 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

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
Yesid Filemon Benjumea	Jose Oswaldo Arias

X. ANEXOS

85. Anexo copia del documento de identidad: CIN	RAD	RIC	TI	CC	CE	SC	PA	CD	PEP	PPT	Total
Cantidad:											

86. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
87. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
88. 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. [ ]
89. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
90. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de curaduría. [ ]
91. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad y el certificado de defunción de los padres o la declaración notarial por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
92. Copia de la resolución de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
93. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
94. Copia del acto administrativo o providencia de las Autoridades competentes en los que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos: [ ]

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

95. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	96. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

97. APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	98. FIRMA DEL FUNCIONARIO	99. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA	MES	AÑO	100. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA	MES	AÑO

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:

YESID FILEMON BENJUMEA NUÑEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.490.218**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

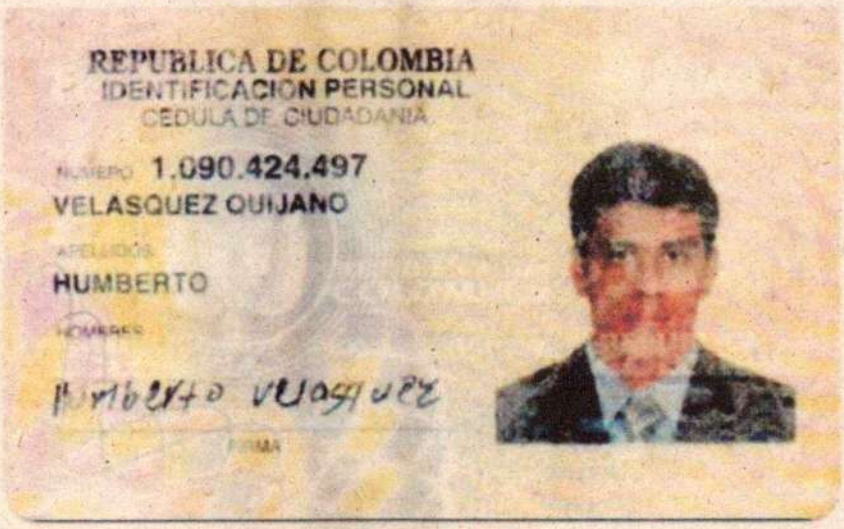
La presente certificación se expide el 16 de Diciembre del 2025.

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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.424.497
VELASQUEZ QUIJANO

APELLIDOS

HUMBERTO

NOMBRES

Humberto Velasquez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1990
CURUMANI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-OCT-2008 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-2507900-00560363-M-1090424497-20140407 0037821972 1A 1 42357776

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIbank

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1090424497
SOCIAL:		HUMBERTO VELASQUEZ QUIJANO	
	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
	CALLE27#9-67 B BELLAVISTA LA LIBERTAD	TELÉFONO:	3142356
	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
TACIÓN:	ÚNICO		
ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4635136274	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	791752477

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
									$ 227.800	**$ 0**	**$ 227.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
												$ 178.000	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 99.100	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 99.100
								$ 99.100	**$ 0**	**$ 0**	**$ 99.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
IRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAG	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
ZUEZ ED RITO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.423.500				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	109042449	$ 99.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 504.900

Planilla Pagada

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:

HUMBERTO VELASQUEZ QUIJANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.424.497**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Diciembre 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

* 01B 00000000 *

Código Asesor: N0495

FECHA DE RADICACIÓN: 24 06 2025

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

R

I. DATOS DEL TRÁMITE

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. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [✓] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] 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: VELASQUEZ | SEGUNDO APELLIDO: QUIJANO | PRIMER NOMBRE: HUMBERTO | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [✓] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] PPT [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] NV [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1090424497
11. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [✓] I [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [ ] F [✓] T [ ] NB [ ] Otro ¿Cuál?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | NORTE DE SANTANDER | CUCUTA
15. FECHA NACIMIENTO: 22 09 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [✓]
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI [ ] NO [✓]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL
23. AFP
24. IBC: 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CALLE 27 9 67 BELLAVISTA
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3134172066
CORREO ELECTRÓNICO: hubertovelasquez25@gmail.com
DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: RESIDENCIA URBANA [✓] RURAL [ ]
CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ]
IPS: 12563

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: CC [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] PPT [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] NV [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [ ] I [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [ ] F [ ] T [ ] NB [ ] Otro ¿Cuál?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPTO.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. CUENTA CON AFILIACIÓN EXPENSA	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	50. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	51. CUENTA CON AFILIACIÓN BENEFICIARIO: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	ÁREA RURAL
31							I. II. III.											
32							I. II. III.											
33							I. II. III.											
34							I. II. III.											
35							I. II. III.											

	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 (LA ASIGNARÁ POR LA EPS)
31							
32							
33							
34							
35							

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: INDEPENDIENTE
56. Tipo documento de identificación: NI [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] PA [ ] PE [ ] RC [ ]
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante (Empleador, Independiente, Pensionado o Aportante con Vínculo con la EPS): INDEPENDIENTE
59. Ubicación: DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | LOCALIDAD/ COMUNA | DIRECCIÓN | CORREO ELECTRÓNICO | INDICATIVO | TELÉFONO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 [✓]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INHABILITACIÓN EPS RETIRO AL PAR-I, RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIADOS COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO: A) DESDE OTRA EPS [ ] B) DESDE EL RÉGIMEN ESPECIAL O DE EXCEPCIÓN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A LA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: VELASQUEZ | SEGUNDO APELLIDO: QUIJANO | PRIMER NOMBRE: HUMBERTO | SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [✓] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] PPT [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] NV [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1090424497
62. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] F [✓] I [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [ ] F [✓] T [ ] NB [ ] Otro ¿Cuál?
64. FECHA NACIMIENTO: 22 09 1990
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 24 06 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PENSIÓN DE PENSIONES:

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 mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
71. Declaración de existencia de relaciones de fuerte mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten 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. [X]
73. Autorización para que la EPS solicite y consulte 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [X]
75. Autoriza 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. [X]
76. a). Autorizo de manera voluntaria, explícita, para que Nueva EPS contáctese (autorizo) con el suscrito, a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otras similares, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorización para que la EPS me suministre información sobre la prestación de servicios de salud dentro de los botones registrados, incluido el exacto registrado en el "Registro de Números Celulares" (RNC). [X]
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: CC [ ] TI [ ] RC [ ] CE [ ] PA [ ] PEP [ ] PPT [ ] MS [ ] AS [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ] NV [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario adicional, aplique o afiliado adicional: Humberto Velasquez
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 diplomado de idoneidad permanente emitida 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 terminación de divorcio 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 petición de la(s) persona(s) o comunidad de asumirse de los padres o la ejecutoria suscrita por el comunero donde la ausencia de los mismos.
89. Copia de la afiliación de Madre en Suministro del Régimen Subsidiado.
90. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de los autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
Total Anexos: 0

nueva eps
Radicado en Proceso
ASESOR COMERCIAL - 3102965675

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.090.467.854
VELASQUEZ QUIJANO

APELLIDOS
GABRIEL

NOMBRES

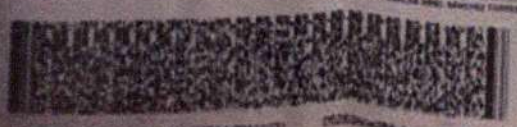
Gabriel Velasquez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1993
CURUMANI
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-SEP-2011 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-37341425

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	FC ELECTRIC S.A.S		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	901143383
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1090467854	**Nombres y apellidos**	GABRIEL VELASQUEZ QUIJANO
Fecha de afiliación	2020-10-08	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2020-10-08	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIbank

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

ÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1090424497
SOCIAL:			HUMBERTO VELASQUEZ QUIJANO
	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
	CALLE 27 9 57 BELLAVISTA	TELÉFONO:	1234567
	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Instalaciones eléctricas.
	ÚNICO		
ITACIÓN:			NO
ERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA).			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4634857644	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			7917512202

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	2	$ 265.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 265.800	$ 0	$ 265.800
									$ 265.800	**$ 0**	**$ 265.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 29.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.700	$ 0	$ 0	$ 29.700
EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
												$ 207.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	2		$ 0	$ 0		$ 0	$ 115.700	$ 115.700	$ 0	$ 0	$ 115.700
								$ 115.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 115.700**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF37-COMFANORTE	2	$ 66.500	$ 0	$ 66.500
		$ 66.500	**$ 0**	**$ 66.500**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
PAICBF - ICBF - INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	2	$ 50.000	$ 0	$ 50.000
		$ 50.000	**$ 0**	**$ 50.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: RES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
QUEZ DERINO IO EL	DERINO		$ 1.423.500	FIJO		NO																
IO QUEZ IS	DERINO		$ 1.423.500	FIJO		NO		05														

SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800
230301-PORVENIR	5	$ 237.250	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 38.000

SEGURIDAD SOCIAL: SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000
EPS037-NUEVA EPS	5	$ 237.250	$ 29.700	$ 0	$ 29.700

SEGURIDAD SOCIAL: ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500		$ 99.100
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5	$ 237.250	109042449	$ 16.500

PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 1.423.500	CCF37-COMFANORTE	$ 57.000	$ 0	$ 42.800	$ 0	$ 0
5	$ 237.250	CCF37-COMFANORTE	$ 9.500	$ 0	$ 7.200	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 705.700

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1090467854
Nombres:	GABRIEL VELASQUEZ QUIJANO
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2025-02-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	NORTE DE SANTANDER SAN JOSE DE CUCUTA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	NORDVITAL IPS S.A.S.

OBSERVACIONES:
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2025-09-17 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-10-17

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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:

GABRIEL VELASQUEZ QUIJANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.467.854**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Diciembre 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.