73

UNIÓN TEMPORAL
CARMEN DE NAZARETH 2025

Factura Electrónica de Venta FE - 1

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764103111309 de 15/12/2025 - 15/12/2027 autoriza FE - 1 a FE - 50

Actividad Económica Principal 4112
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 00:37
Fecha de Vencimiento	29/12/2025 00:37
Fecha de Validación	24/12/2025 00:40
Forma de Pago	Crédito 5 DÍAS
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025
NIT	902012835-7
Obligación	IVA
Email	utcarmendenazareth2025@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	CORTE 1 CONTRATO DE OBRA N° 1048 DE 2025 CUYO OBJETO ES "ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE NORTE DE SANTANDER"	1	EA	$7,300,198.51		$7,300,198.51	$7,300,198.51
2	ADMINISTRACION	ADMINISTRACION 24%	1	EA	$1,752,047.64		$1,752,047.64	$1,752,047.64
3	IMPREVISTOS	IMPREVISTOS 1%	1	EA	$73,001.99		$73,001.99	$73,001.99
4	UTILIDAD	UTILIDAD 5%	1	EA	$365,009.93		$365,009.93	$365,009.93

4

Subtotal	$9,490,258.07
Total a Pagar	$9,490,258.07

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: ff0d105531902bee62af54e212dc3841fcd181d4a201b493feda568f05ec1e5a02cf8c3eacd6cdea5daecdf16bfd8a89

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

	SUPERVISION DE EJECUCION DE CONTRATOS	Código: GJ-FO-02 Versión: 1	Gobernación de Norte de Santander
	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: **$ 9.490.258,06**

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 1048 DE 09 DE DICIEMBRE DE 2025		Tipo de contrato:
Contratista: UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025		CC O NIT: 902012835-7
Correo: utcarmendenazareth2025@gmail.com		Teléfono: 311 4819984
Objeto: ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO		
Duración: TRES (3) MESES	Fecha Inicio: 12/12/2025	Fecha Final: 12/03/2026
Disp. Presupuestal. No. y fecha: 1431 del 20 de octubre de 2025		Registro Presupuestal. No. y fecha: 1572 del 09 de diciembre de 2025
Valor del contrato: TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON SETENTA CENTAVOS M.L. ($ 383.864.476,70)		
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	$ 383.864.476,70
Valor Adicionales	N/A
Valor Total del Contrato	**$ 383.864.476,70**

Valor Pagado	$ 00,00
Valor Cobrado en el presente informe	$ 9.490.258,06
Valor total ejecutado	**$ 9.490.258,06**
Valor saldo por ejecutar	$ 374.374.218,63

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ cedula de ciudadanía 88201019 expedida en CÚCUTA en mi calidad de contratista:

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 56.097.644, 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,

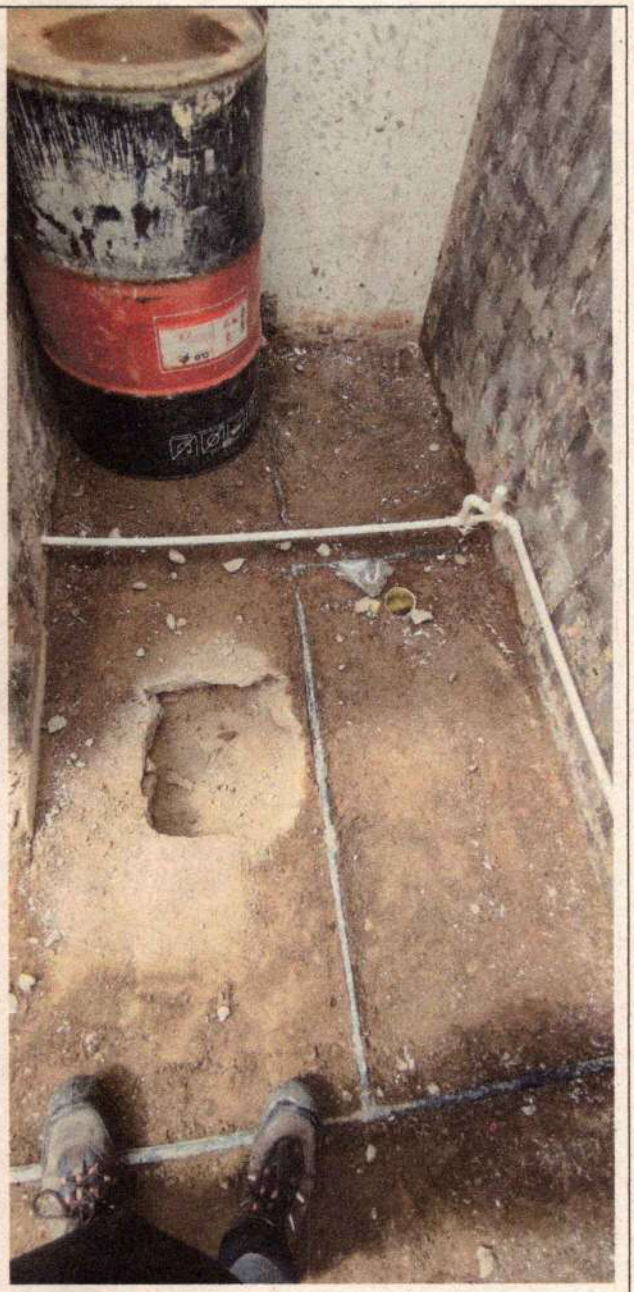
Responsable directo Sede VBo: _____

	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° 1048 - 2025	Periodo del reporte: 12 AL 22 DE DICIEMBRE 2025	Fecha: DICIEMBRE 2025
Nombre del contratista: UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025		CC/NIT 902012835-7
Objeto del contrato: ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO		

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)
Demolición de Acabados de Piso	• Se llevó a cabo la demolición de los acabados de piso y morteros de nivelación, empleando métodos mecánicos y manuales de impacto controlado. El proceso se centró en la preservación de la losa estructural, garantizando la eliminación total de residuos y dejando la superficie base lista para asegurar la adherencia de los nuevos materiales
Desmonte de Cubierta (teja y estructura) a altura mayor a 3.0m	• Se ejecutó el desmonte integral de la cubierta y sus elementos de soporte mediante un procedimiento de desarmado descendente. La actividad se desarrolló bajo estrictos protocolos de seguridad para trabajo en alturas, asegurando el descenso controlado de tejas para prevenir daños en estructuras adyacentes y garantizar la integridad del personal
Demolición de Acabados de Muros (enchapes, pastas, pintura)	• Se realizó el retiro sistemático de revestimientos en muros, incluyendo cerámicas, capas de pasta y acabados de pintura. La intervención se enfocó en el saneamiento del soporte hasta alcanzar la base firme, eliminando material disgregado y dejando las superficies completamente preparadas para la aplicación de nuevos acabados.
Demolición de Muros en Mampostería de espesor entre 0.10 y 0.15m	• Se procedió con la demolición controlada de muros divisorios en mampostería, siguiendo una secuencia técnica que evitó esfuerzos innecesarios en la estructura portante. El manejo de los escombros se realizó de manera simultánea a la demolición, manteniendo las áreas de circulación despejadas y cumpliendo con la normativa de disposición de residuos.

Desmonte de Puertas y Ventanas	• Se efectuó el desmonte de carpinterías y marcos, priorizando la conservación de los vanos y la integridad de los dinteles. El procedimiento se ejecutó de forma manual para evitar fracturas en los muros perimetrales, permitiendo una transición técnica limpia hacia la fase de instalación de los nuevos elementos de cierre.
Desmonte de Aparatos Sanitarios	• Se realizó el retiro de la dotación sanitaria y sus accesorios, previa verificación y sellado hermético de las instalaciones hidráulicas y puntos de desagüe. El proceso garantizó la protección de las redes existentes contra la entrada de sedimentos o la emanación de gases, asegurando la operatividad de los puntos para la posterior reconexión de los nuevos aparatos.

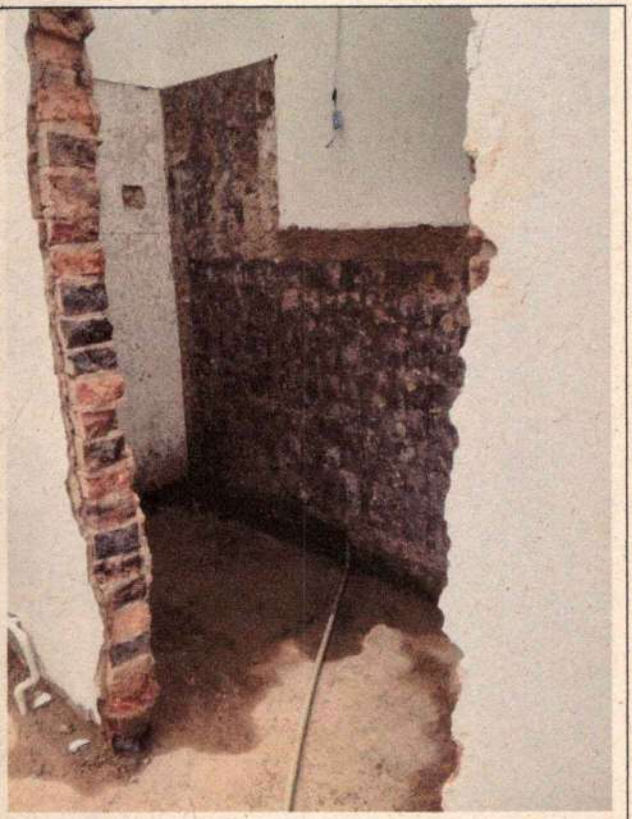






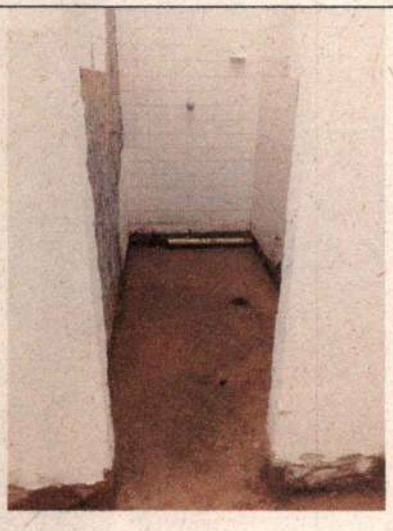






UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025
R/L. HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ

SUPERVISOR: MARIA ELENA LOPEZ JIMENEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

AURA SUGEY PACHECO ARIAS
PROFESIONAL DE APOYO A LA SUPERVISION

UNIÓN TEMPORAL
CARMEN DE NAZARETH 2025

UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025
NIT:902.012.835-7

INFORME DE OBRA PARCIAL 01

SALAZAR – NORTE DE SANTANDER
22 DE DICIEMBRE - 2025

CALLE 18 # 2E-40 CAOBOS- CEL:3114819984
utcarmendenazareth2025@gmail.com
Cúcuta-Norte de Santander

UNIÓN TEMPORAL
CARMEN DE NAZARETH 2025

UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025
NIT:902.012.835-7

INFORME DE OBRA PARCIAL 01

CONTRATO N° 1048 - 2025

SALAZAR NORTE DE SANTANDER

PERIODO: 12 AL 22 DE DICIEMBRE DE 2025

CALLE 18 # 2E-40 CAOBOS- CEL:3114819984
utcarmendenazareth2025@gmail.com
Cúcuta-Norte de Santander

DISTRIBUCIÓN DEL INFORME

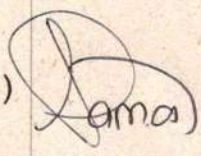
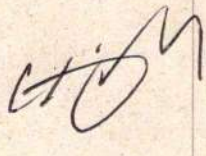
NOMBRE	CARGO	FECHA	DOCUMENTO	FIRMA
INTERVENTORIA Y CONSTRUCCIONES PARRA S.A.S **LIDIA SHIRLEY PARRA GARCIA**	INTERVENTORIA	22/12/2025	ORIGINAL (1)	
UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025 R/L HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ	CONTRATISTA	22/12/2025	COPIA (1)	

Tabla 1. Distribución del informe

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 6
2. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO 7
2.1 FICHA TECNICA DE OBRA 7
2.2. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DE OBRA 8
2.2.1. Obligaciones generales 8
2.2.2. Obligaciones especificas 9
2.3. ORGANIGRAMA DE OBRA 10
2.4. ORGANIGRAMA TECNICO OBRA 11
2.5. INFORMACION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO DE OBRA 12
3. SUPERVISIÓN 13
4. POLIZAS 13
5. ESTADO DEL CONTRATO: EN EJECUCION 13
5.1. INFORME FINANCIERO DEL CONTRATO DE OBRA 13
6. INTRODUCCIÓN GENERAL DEL PROYECTO 14
6.1. LOCALIZACION DEL PROYECTO 15
7. DESCRIPCION DEL PROYECTO 17
7.1. ITEMS, CANTIDADES Y VALORES CONTRATADOS 17
8. PROGRAMACION Y AVANCE DE OBRA 19
8.1. PROGRAMACION FINANCIERA 19
8.2. TABLA DE SEGUIMIENTO DE OBRA EJECUTADO 23
9. ANALISIS DE AVANCE DE SEGUIMIENTO 27
10. AVANCE FISICO DE LAS OBRAS 27
11. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y LEGALES 27
12. CORRESPONDENCIA 28
12.1. CORRESPONDENCIA CONTRATISTA DE OBRA 28
12.2. CORRESPONDENCIA INTERVENTORIA 28
13. BITACORA DE SEGUIMIENTO DE OBRA 30
14. ESTADO DEL CLIMA 30
15. MANEJO DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL 31
16. MAQUINARIA Y EQUIPOS MENORES EN LA OBRA 31
18. PERSONAL DE LA OBRA 32
19. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 33

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución del informe 1
Tabla 2 Ficha Técnica de Obra 7
Tabla 3 Información presupuestal del contrato de obra 12
Tabla 4 Garantías de la Obra 13
Tabla 5 Balance del Contrato 13
Tabla 6 Presupuesto del Proyecto 18
Tabla 7 Programación Financiera Semanas 1-4 del Proyecto 22
Tabla 8 Flujo de Inversión ejecutado a la fecha del Acta 01 26
Tabla 9 Estado del tiempo de la semana 01 30
Tabla 10 Recuento de días según el clima semana 01 30
Tabla 11 Cuadro de Maquinaria y Equipos en obra 31
Tabla 12 Personal Afiliado a la Obra 32

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 Organigrama de Obra 10
Gráfico 2 Organigrama Técnico de Obra 11
Gráfico 3 Estado del clima semana 01 30

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Ubicación de Norte de Santander en Colombia..... 15
Ilustración 2 Ubicación de Salazar en Norte de Santander..... 15
Ilustración 3 Ubicación de Carmen de Nazareth en Salazar..... 16
Ilustración 4 Ubicación del Proyecto en Carmen de Nazareth..... 16

1. INTRODUCCIÓN

La empresa **UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 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 No 1048-2025, contratado por E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO, el cual tiene por objeto el: **ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO.**

El presente documento corresponde al **INFORME DE OBRA PARCIAL 01**, correspondiente al periodo que comprende desde el 12 al 22 de diciembre de 2025, obligaciones del contrato de Obra No 1048 – 2025, celebrado entre la E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO**–Y UNIÓN TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 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.

2. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

La E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO celebró el Contrato de Obra No 1048 con fecha 09 de diciembre de 2025 con la UNIÓN TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025; el valor del presente proyecto para todos los efectos legales es de TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON SETENTA CENTAVOS M.L. ($ 383.864.476,70). El Ministerio de Salud y Protección Social aporta la totalidad del recurso, cuyo objeto es ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO. El plazo de ejecución del proyecto es de tres (03) MESES. Se firma el acta de inicio al duodécimo (12) día del mes de diciembre de 2025 y a partir de la fecha comienza el plazo para la ejecución del Contrato.

2.1 FICHA TECNICA DE OBRA

CONTRATO No	1048-2025
MODALIDAD DE SELECCION	MEDIANTE LA CONVOCATORIA PÚBLICA DE MENOR CUANTÍA No 04
CAUSAL DE CONTRATACION	CONVOCATORIA PÚBLICA DE MENOR CUANTÍA
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE OBRA
CONTRATANTE	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO
CONTRATISTA	UNIÓN TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025 NIT: 902012835-7 HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ C.C No 88.201.019 de Cúcuta Norte de Santander
OBJETO DEL CONTRATO	ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS CON SETENTA CENTAVOS M.L. ($ 383.864.476,70).
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	TRES (03) MESES
FECHA DE INICIO	12 de diciembre de 2025.
INTERVENTOR DEL CONTRATO	INTERVENTORIA Y CONSTRUCCIONES PARRA S.A.S

Tabla 2 Ficha Técnica de Obra

2.2. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DE OBRA

2.2.1. Obligaciones generales

EL CONTRATISTA, se obliga para con la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO a ejecutar el proyecto denominado ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO. de conformidad con el proyecto viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y de acuerdo con la propuesta presentada por el oferente

Las obras objeto del presente contrato se realizarán en el puesto de salud de Carmen de Nazareth, municipio de Salazar, Norte de Santander

EL CONTRATISTA se obliga para El CONTRATANTE a ejecutar las obras objeto del presente contrato a los precios unitarios, con reajustes en las cantidades aproximadas que se establecen en la tabla ítems, cantidades y valores contratados.

Asumir todos los costos directos e indirectos necesarios para la ejecución de la obra, declarando que los precios unitarios los incluyen en su totalidad

EL CONTRATISTA se compromete a ejecutar y entregar a entera satisfacción de El CONTRATANTE la totalidad de la obra objeto del presente contrato, será de TRES (03) MESES contados a partir de la fecha de suscripción del acta de iniciación de la obra, en el acta de inicio se especificará el día que finalizará el termino de duración del presente contrato

Aceptar que el pago se realice mediante actas parciales, sujetas al avance de obra y a la disponibilidad de PAC

El contratista mantendrá la igualdad o equivalencia entre los derechos y obligaciones surgidos al momento de la celebración del contrato; por lo tanto, si dicha equivalencia se rompe por causas no imputables a quien resulte afectado, aquellas adoptarán en el menor tiempo posible las medidas necesarias para su restablecimiento.

2.2.2. Obligaciones especificas

Vincular personal por su cuenta y riesgo, siendo el único responsable del pago de salarios, cesantías, prestaciones sociales e indemnizaciones.

Aportar mensualmente los soportes de pago de salarios, salud, pensiones, riesgos laborales y parafiscales.

No ceder el contrato sin autorización previa y escrita del CONTRATANTE.

Subcontratar únicamente con autorización previa y escrita, y sin que implique la ejecución total del objeto contractual.

Aceptar la supervisión e interventoría sin que ello lo exonere de responsabilidad.

Ejecutar a su costa los cambios y correcciones exigidos por el interventor cuando los trabajos o materiales no cumplan lo pactado.

Responder por la seguridad, estabilidad y calidad de la obra, incluso después de su entrega.

Constituir la garantía única, amparando como mínimo: Cumplimiento, Pago de salarios y prestaciones, Estabilidad y calidad de la obra, Responsabilidad civil extracontractual.

Asumir el cuidado total de la obra desde el acta de inicio hasta la entrega final.

Reparar a su costa cualquier daño, pérdida o desperfecto que ocurra durante la ejecución.

Aceptar multas diarias sucesivas del 1%, hasta un máximo del 10% del valor del contrato, por mora o incumplimiento parcial.

Pagar la cláusula penal pecuniaria del 10% en caso de incumplimiento total.

Comparecer a la liquidación bilateral del contrato dentro del término establecido.

Extender o ampliar las garantías, si es necesario, para la etapa de liquidación.

Instalar una valla informativa al inicio de la obra, conforme al modelo suministrado por el CONTRATANTE.

Cumplir con todos los requisitos de legalización, incluidos impuestos, pólizas y demás erogaciones a su cargo.

2.3. ORGANIGRAMA DE OBRA

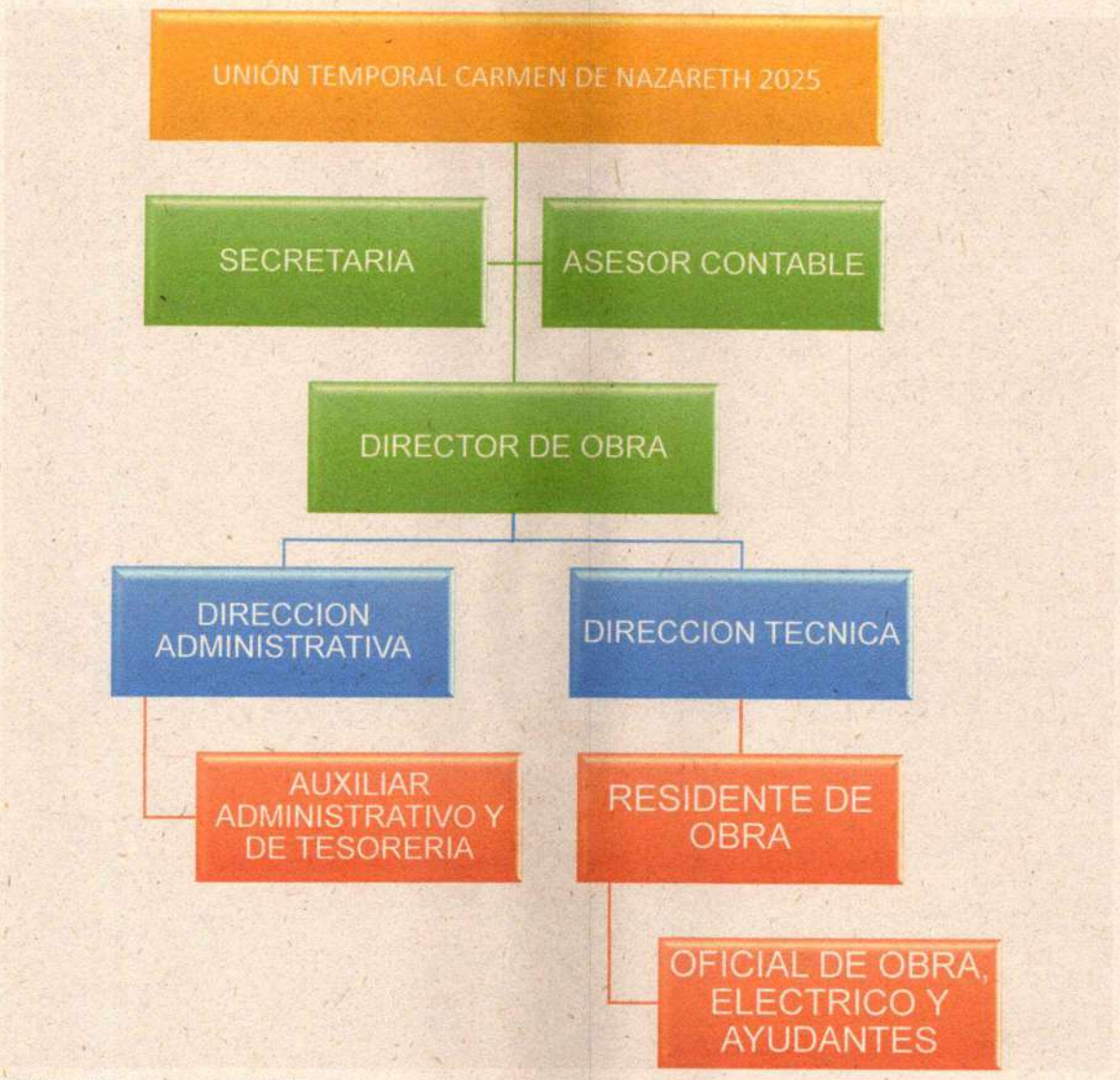


Gráfico 1 Organigrama de Obra

2.4. ORGANIGRAMA TECNICO OBRA

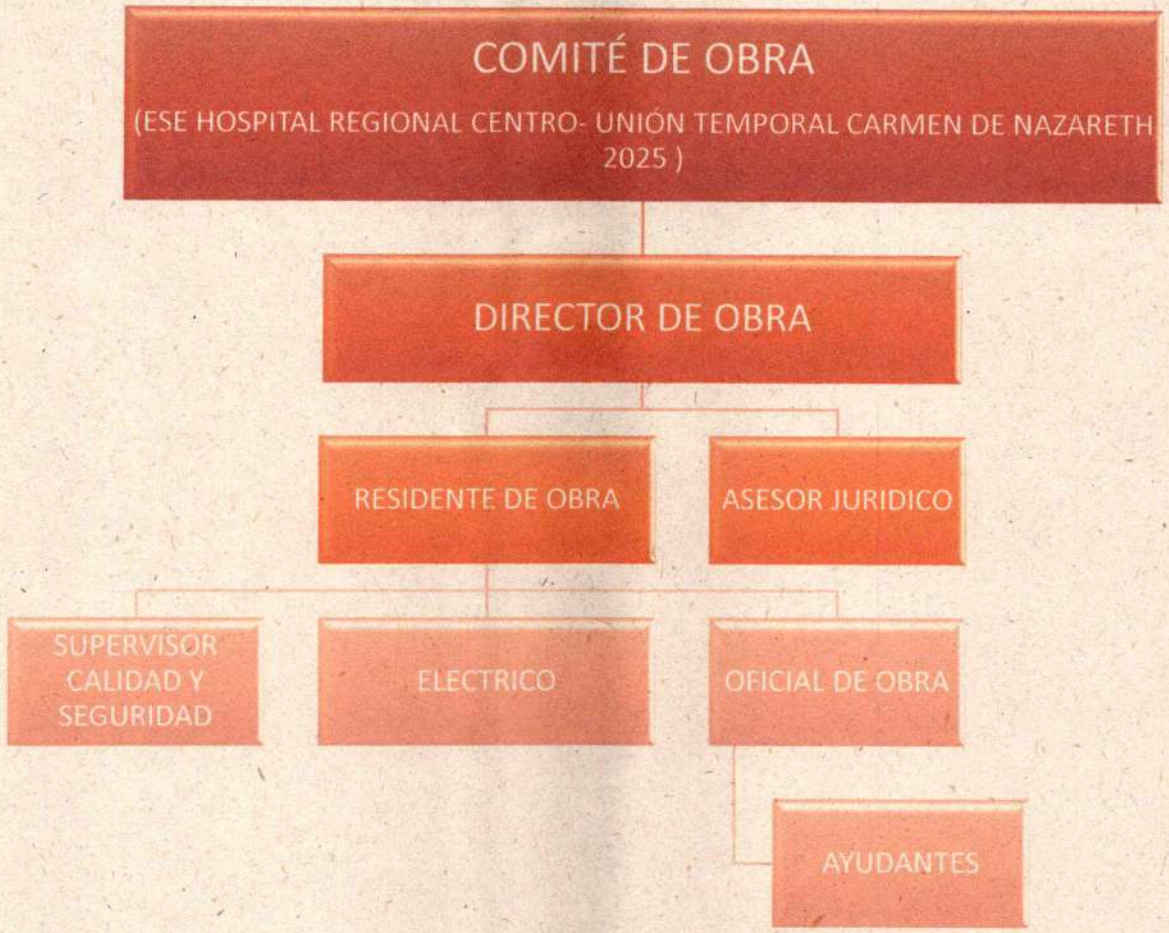


Gráfico 2 Organigrama Técnico de Obra

2.5. INFORMACION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO DE OBRA

Con respecto al control presupuestal la E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO expidió el Certificados de Disponibilidad Presupuestal N° 1431 del 20 de octubre de 2025 y el Registro Presupuestal N° 1572 del 09 de diciembre de 2025.

CDP N°	FECHA	VALOR	CRP	FECHA	VALOR
1431	20/10/2025	$ 383.958.825,0	1572	09/10/2025	$ 383.958.825,0
TOTALES		**$ 383.958.825,0**			**$ 383.958.825,0**

Tabla 3 Información presupuestal del contrato de obra

3. SUPERVISIÓN

La E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO ejerce de forma directa la Supervisión por parte de la subgerente administrativa y financiera o quien haga sus veces.

4. POLIZAS

PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO
No: 475-47 – 994000075073 ANEXO: 0
Fecha de expedición: 12 DE DICIEMBRE DE 2025
Compañía Aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Afianzado: UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025
Beneficiario: E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO

POLIZA SEGURO DE RESP. CIVIL EXTRACONTRACTUAL
No: 475 -74 – 994000013092 ANEXO: 0
Fecha de expedición: 12 DE DICIEMBRE DE 2025
Compañía Aseguradora: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Afianzado: UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025
Beneficiario: E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO

GARANTIAS	VIGENCIA		CUANTIA
	DESDE	HASTA	
CUMPLIMIENTO	01-12-2025	02-09-2026	$ 38.386.447,70
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	01-12-2025	02-12-2030	$ 38.386.447,70
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E IND	01-12-2025	02-03-2029	$ 38.386.447,70
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	01-12-2025	01-03-2026	$ 284.700.000,00

Tabla 4 Garantías de la Obra

5. ESTADO DEL CONTRATO: EN EJECUCION

5.1. INFORME FINANCIERO DEL CONTRATO DE OBRA

BALANCE DEL CONTRATO			
VALOR			**$ 383.864.476,70**
Acta No 01	***Fecha***	***Valor***	
Avance No 01	22-diciembre-2025	**$ 9.490.258,06**	
Valor ejecutado		**$ 9.490.258,06**	
Valor por ejecutar		$ 374.374.218,63	
Sumas iguales		**$ 383.864.476,70**	**$ 383.864.476,70**
Porcentaje de ejecución			**2.47%**

Tabla 5 Balance del Contrato

6. INTRODUCCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

La E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO; se creó bajo la ordenanza 0017 del 18 de julio del 2003, ha sido construido con una infraestructura diseñada para la atención de primer nivel de complejidad con los aportes del estado. Conformada por tres Hospitales, cinco Centros de Salud, cinco Puestos de Salud. Ahora se perfila como una de las mejores empresas de salud, con tendencia al crecimiento en Recurso Humano, Financiero y Social de la Institución.
La E.S.E Hospital Regional Centro, nace del esfuerzo decidido con base en la necesidad sentida del mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, respaldados por la administración municipal actual con una visión amplia y futurista en el mejoramiento de todas las estancias de la sociedad Norte santandereana y abriendo el camino a la era moderna y la orden constitucional de prestar un mejor servicio de salud con calidad, equidad, eficiencia e igualdad de condiciones para todos los habitantes enmarcados en los principios generales descritos en la Ley 100 de 1993.

La adecuación del Puesto de salud El Carmen de Nazareth, tendría un impacto social, dado que mejorarían los servicios a la población, principalmente en zonas extremas y con alta ruralidad, dando cobertura a toda la población de su jurisdicción en servicios de baja complejidad.

6.1. LOCALIZACION DEL PROYECTO



Ilustración 1 Ubicación de Norte de Santander en Colombia.

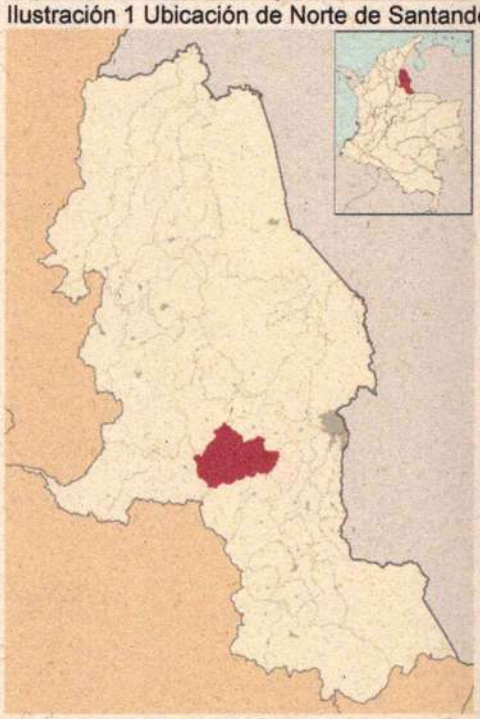


Ilustración 2 Ubicación de Salazar en Norte de Santander



Ilustración 3 Ubicación de Carmen de Nazareth en Salazar



Ilustración 4 Ubicación del Proyecto en Carmen de Nazareth

Latitud: 7°51'20.60"N
Longitud: 72°53'14.85"O

7. DESCRIPCION DEL PROYECTO

7.1. ITEMS, CANTIDADES Y VALORES CONTRATADOS

Objeto:	**ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LAS PALMAS DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO DEL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER**				
	CONTRATANTE	**E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO**			
	CONTRATISTA	**UNIÓN TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025**			
Sede:	**PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH**				
PRESUPUESTO DEL PROYECTO					
ÍTEM	**ACTIVIDADES**	**UNIDAD**	**CANTIDAD**	**VR UNITARIO**	**VALOR TOTAL**
1	**Preliminares**				
1,01	Demolición de Acabados de Piso	M2	131,13	$ 9.795,00	$ 1.284.418,35
1,02	Desmonte de Cubierta (teja y estructura) a altura mayor a 3.0m	M2	151,28	$ 13.411,00	$ 2.028.816,08
1,03	Demolición de Acabados de Muros (enchapes, pastas, pintura)	M2	565,82	$ 9.795,00	$ 5.542.206,90
1,04	Demolición de Muros en Mampostería de espesor entre 0.10 y 0.15m	M2	71,44	$ 12.407,00	$ 886.356,08
1,05	Desmonte de Puertas y Ventanas	M2	29,56	$ 10.635,00	$ 314.370,60
1,06	Desmonte de Aparatos Sanitarios	UN	9,00	$ 10.060,00	$ 90.540,00
1,07	Cargue y Retiro de Escombros	M3	45,78	$ 66.100,00	$ 3.026.058,00
2	**Cubierta y Cielorraso**				
2,01	Suministro e Instalación de Teja Blanca UPVC y Estructura Metálica en Acero	M2	151,28	$ 592.705,00	$ 89.664.412,40
2,02	Suministro e Instalación de Cielorraso en Drywall	M2	131,13	$ 117.735,00	$ 15.438.590,55
3	**Pisos y Acabados de Piso**				
3,01	Concreto de 3000psi para placas de contrapiso espesor de 10cm, incluye refuerzo	M2	3,67	$ 1.383.974,00	$ 5.079.184,58
3,02	Ante piso en mortero de nivelación espesor de 4cm	M2	130,97	$ 45.986,00	$ 6.022.786,42
3,03	Piso en Cerámica Blanco Huila	M2	130,97	$ 128.285,00	$ 16.801.486,45
3,04	Media caña	ML	205,17	$ 109.271,00	$ 22.419.131,07
4	**Muros y Acabados de Muros**				
4,01	Muro en Bloque N5	M2	118,13	$ 82.759,00	$ 9.776.320,67
4,02	Muro Seco en Superboard doble cara	M2	11,25	$ 157.590,00	$ 1.772.887,50
4,03	Pañete en mortero 1:4	M2	76,00	$ 31.246,00	$ 2.374.696,00
4,04	Estuco y Pintura Koraza Exterior	M2	597,83	$ 38.475,00	$ 23.001.509,25
4,05	Enchape para Muros en Cerámica Egeo Blanco	M2	47,48	$ 101.353,00	$ 4.812.240,44
5	**Redes Hidrosanitarias y Aparatos Sanitarios**				
5,01	Suministro e Instalación de Lavamanos de uso institucional	UN	4,00	$ 510.392,00	$ 2.041.568,00
5,02	Suministro e Instalación de Sanitario Báltico de uso institucional	UN	2,00	$ 1.918.076,00	$ 3.836.152,00
5,03	Suministro e Instalación de Kit barras para discapacitados	UN	1,00	$ 1.146.494,00	$ 1.146.494,00

5,04	Suministro e Instalación de Tanque de Almacenamiento de 2000Lt, incluye conexión hidráulica a red existente	UN	1,00	$ 2.124.491,00	$ 2.124.491,00
5,05	Suministro e Instalación de Estructura Metálica para soporte elevado de tanque aéreo	UN	1,00	$ 2.585.489,00	$ 2.585.489,00
5,06	Suministro e Instalación de Mesa de Lavado American Aceros Con Pozuelo 270x60x90 Pz 40x30x18	UND	1,00	$ 5.229.940,00	$ 5.229.940,00
5,07	Regatas con cortadora de disco en mampostería para tubería de D menor o igual a 1", incluye resane y pañete	ML	14,81	$ 27.847,00	$ 412.414,07
5,08	Suministro e Instalación de Tubería PVC P 1/2", incluye accesorios	ML	14,81	$ 6.574,00	$ 97.360,94
5,09	Suministro e Instalación de Tubería PVC Sanitaria 2", incluye accesorios	ML	14,81	$ 15.421,00	$ 228.385,01
5,10	Regatas con cortadora de disco en mampostería para tubería de D entre 1" y 3", incluye resane y pañete	ML	14,81	$ 41.697,00	$ 617.532,57
6	**Carpintería Metálica**				
6,01	Suministro e Instalación de Puerta en Lamina Cal 18	M2	24,09	$ 523.001,00	$ 12.599.094,09
6,02	Suministro e Instalación de Ventana en Lamina Cal 18, incluye vidrio	M2	5,63	$ 315.712,00	$ 1.777.458,56
7	**Red Eléctrica**				
7,01	Suministro e Instalación de Tablero de Servicio 12 circuitos con protecciones 32A	UND	1,00	$ 1.518.426,00	$ 1.518.426,00
7,02	Suministro e Instalación de Planta Eléctrica Motor Diesel con cabina de insonorización 8.5kVA	UND	1,00	$ 12.398.350,00	$ 12.398.350,00
7,03	Suministro e Instalación Ducteria EMT 3/4, incluye caja de paso 2400	ML	125,15	$ 42.470,00	$ 5.315.120,50
7,04	Suministro e Instalación de Cable 1F8+1T8+1N8 AWG Cu THHN	ML	125,15	$ 46.679,00	$ 5.841.876,85
7,05	Suministro e Instalación de Tomacorriente Doble, incluye salida L 1.90m	UND	8,00	$ 98.409,00	$ 787.272,00
7,06	Suministro e Instalación de Interruptor Sencillo, incluye salida L 1.20m	UND	8,00	$ 77.079,00	$ 616.632,00
7,07	Suministro e Instalación de Panel LED de 60x60 40W con Marco para cielo raso, incluye salida L 1.00m	UND	19,00	$ 122.270,00	$ 2.323.130,00
8	**Adecuaciones Perimetrales**				
8,01	Explanación Manual incluye limpieza y descapote	M2	9,12	$ 14.026,00	$ 127.917,12
8,02	Excavación Manual	M3	12,80	$ 14.026,00	$ 179.532,80
8,03	Concreto de 3000psi para bordillos, cunetas y muros de contención	M3	11,38	$ 1.093.388,00	$ 12.442.755,44
8,04	Acero de refuerzo	KG	1521,40	$ 7.031,00	$ 10.696.963,40
	TOTAL, COSTOS DIRECTOS				**$ 295.280.366,69**
	ADMINISTRACION	24%			$ 70.867.288,01
	IMPREVISTOS	1%			$ 2.952.803,67
	UTILIDAD	5%			$ 14.764.018,33
				TOTAL, COSTOS INDIRECTOS	**$ 88.584.110,01**
				VALOR TOTAL DE LA OBRA	**$ 383.864.476,70**

Tabla 6 Presupuesto del Proyecto

8. PROGRAMACION Y AVANCE DE OBRA

8.1. PROGRAMACION FINANCIERA

PROGRAMACION FINANCIERA DE OBRA SEMANAL															
Objeto:	ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LAS PALMAS DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO DEL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER														
Sede:	PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH			FECHA	DIC 2025		SEMANA 1		SEMANA 2		SEMANA 3		SEMANA 4		
PROGRAMACION FIANCIERA DEL PRESUPUESTO DEL PROYECTO															
ÍTEM	ACTIVIDADES	UNIDAD	CANT	VR UNITARIO	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL	CANT	VALOR TOTAL		
1	**Preliminares**														
1,01	Demolición de Acabados de Piso	M2	131,13	$ 9.795	$ 1.284.418,35	131,13	$ 1.284.418,35	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00		
1,02	Desmonte de Cubierta (teja y estructura) a altura mayor a 3.0m	M2	151,28	$ 13.411	$ 2.028.816,08	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	41,60	$ 557.924,42		
1,03	Demolición de Acabados de Muros (enchapes, pastas, pintura)	M2	565,82	$ 9.795	$ 5.542.206,90	37,72	$ 369.480,46	193,32	$ 1.893.587,36	235,76	$ 2.309.252,88	99,02	$ 969.886,21		
1,04	Demolición de Muros en Mampostería de espesor entre 0.10 y 0.15m	M2	71,44	$ 12.407	$ 886.356,08	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	49,12	$ 609.369,81		
1,05	Desmonte de Puertas y Ventanas	M2	29,56	$ 10.635	$ 314.370,60	29,56	$ 314.370,60	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00		
1,06	Desmonte de Aparatos Sanitarios	UN	9,00	$ 10.060	$ 90.540,00		$ 0,00	9,00	$ 90.540,00	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00		
1,07	Cargue y Retiro de Escombros	M3	45,78	$ 66.100	$ 3.026.058,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00		
2	**Cubierta y Cieloraso**														
2,01	Suministro e Instalación de Teja Blanca UPVC y Estructura Metalica en Acero	M2	151,28	$ 592.705	$ 89.664.412	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0		
2,02	Suministro e Instalación de Cieloraso en Drywall	M2	131,13	$ 117.735	$ 15.438.591	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0		
3	**Pisos y Acabados de Piso**														
3,01	Concreto de 3000psi para placas de contrapiso espesor de 10cm, incluye refuerzo	M2	3,67	$ 1.383.974	$ 5.079.185		$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0		
3,02	Antepiso en mortero de nivelación espesor de 4cm	M2	130,97	$ 45.986	$ 6.022.786	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0		
3,03	Piso en Ceramica Blancho Huila	M2	130,97	$ 128.285	$ 16.801.486	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0		
3,04	Media caña	ML	205,17	$ 109.271	$ 22.419.131	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0		

4	**Muros y Acabados de Muros**												
4,01	Muro en Bloque N5	M2	118,13	$ 82.759	$ 9.776.321	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
4,02	Muro Seco en Superboard doble cara	M2	11,25	$ 157.590	$ 1.772.888	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
4,03	Pañete en mortero 1:4	M2	76,00	$ 31.246	$ 2.374.696	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
4,04	Estuco y Pintura Koraza Exterior	M2	597,83	$ 38.475	$ 23.001.509	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
4,05	Echape para Muros en Ceramica Egeo Blanco	M2	47,48	$ 101.353	$ 4.812.240	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5	**Redes Hidrosanitarias y Aparatos Sanitarios**												
5,01	Suministro e Instalación de Lavamanos de uso institucional	UN	4,00	$ 510.392	$ 2.041.568	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5,02	Suministro e Instalación de Sanitario Báltico de uso institucional	UN	2,00	$ 1.918.076	$ 3.836.152	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5,03	Suministro e Instalación de Kit barras para discapacitados	UN	1,00	$ 1.146.494	$ 1.146.494	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5,04	Suministro e Instalación de Tanque de Almacenamiento de 2000Lt, incluye conexión hidraulica a red existente	UN	1,00	$ 2.124.491	$ 2.124.491	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5,05	Suministro e Instalación de Estructura Metalica para soporte elevado de tanque aereo	UN	1,00	$ 2.585.489	$ 2.585.489	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5,06	Suministro e Instalación de Mesa de Lavado American Aceros Con Pozuelo 270x60x90 Pz 40x30x18	UND	1,00	$ 5.229.940	$ 5.229.940	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5,07	Regatas con cortadora de disco en mampostería para tubería de D menor o igual a 1", incluye resane y pañete	ML	14,81	$ 27.847	$ 412.414	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5,08	Suminsitro e Instalación de Tubería PVC P 1/2", incluye accesorios	ML	14,81	$ 6.574	$ 97.361	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
5,09	Suminsitro e Instalación de Tubería PVC Sanitaria 2", incluye accesorios	ML	14,81	$ 15.421	$ 228.385	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0

5,10	Regatas con cortadora de disco en mampostería para tubería de D entre 1" y 3", incluye resane y pañete	ML	14,81	$ 41.697	$ 617.533	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
6	**Carpintería Metalica**												
6,01	Suministro e Instalación de Puerta en Lamina Cal 18	M2	24,09	$ 523.001	$ 12.599.094	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
6,02	Suministro e Instalación de Ventana en Lamina Cal 18, incluye vidrio	M2	5,63	$ 315.712	$ 1.777.459	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
7	**Red Eléctrica**												
7,01	Suministro e Instalación de Tablero de Servicio 12 circuitos con protecciones 32A	UND	1,00	$ 1.518.426	$ 1.518.426	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
7,02	Suministro e Instalación de Planta Eléctrica Motor Diesel con cabina de insonorización 8.5kVA	UND	1,00	$ 12.398.350	$ 12.398.350	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
7,03	Suministro e Instalación Ducteria EMT 3/4, incluye caja de paso 2400	ML	125,15	$ 42.470	$ 5.315.121	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
7,04	Suministro e Instalación de Cable 1F8+1T8+1N8 AWG Cu THHN	ML	125,15	$ 46.679	$ 5.841.877	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
7,05	Suministro e Instalación de Tomacorriente Doble, incluye salida L 1.90m	UND	8,00	$ 98.409	$ 787.272	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
7,06	Suministro e Instalación de Interruptor Sencillo, incluye salida L 1.20m	UND	8,00	$ 77.079	$ 616.632	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
7,07	Suministro e Instalación de Panel LED de 60x60 40W con Marco para cielo raso, incluye salida L 1.00m	UND	19,00	$ 122.270	$ 2.323.130	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
8	**Adecuaciónes Perimetrales**												
8,01	Explanación Manual incluye limpieza y descapote	M2	9,12	$ 14.026	$ 127.917	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
8,02	Excavación Manual	M3	12,80	$ 14.026	$ 179.533	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0
8,03	Concreto de 3000psi para bordillos, cunetas y muros de contención	M3	11,38	$ 1.093.388	$ 12.442.755	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0		$ 0
8,04	Acero de refuerzo	KG	1521,40	$ 7.031	$ 10.696.963	0,00	$ 0	0,00	$ 0	0,00	$ 0		$ 0
	TOTAL COSTOS DIRECTOS				**$ 295.280.367**		**$ 1.968.269,41**		**$ 1.984.127,36**		**$ 2.309.252,88**		**$ 2.137.180,44**
	COSTOS INDIRECTOS												

	ADMINISTRACION	24%			$ 70.867.288	$ 472.385	$ 476.191	$ 554.221	$ 512.923
	IMPREVISTOS	1%			$ 2.952.804	$ 19.683	$ 19.841	$ 23.093	$ 21.372
	UTILIDAD	5%			$ 14.764.018	$ 98.413	$ 99.206	$ 115.463	$ 106.859
	TOTAL, COSTOS INDIRECTOS				**$ 88.584.110**	**$ 590.481**	**$ 595.238**	**$ 692.776**	**$ 641.154**
	VALOR TOTAL DE LA OBRA				**$ 383.864.477**	**$ 2.558.750**	**$ 2.579.366**	**$ 3.002.029**	**$ 2.778.335**

Tabla 7 Programación Financiera Semanas 1-4 del Proyecto

8.2. TABLA DE SEGUIMIENTO DE OBRA EJECUTADO

(A 22 de diciembre de 2025)

FLUJO DE INVERSION EJECUTADO										
Objeto:	ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LAS PALMAS DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO DEL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER									
	CONTRATANTE	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO				CONTRATO DE OBRA N°	1048 DE 2025			
	CONTRATISTA	UNIÓN TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025				FECHA	DIC 2025			
Sede:	PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH					SEMANA 1		ACUMULADO		
	PRESUPUESTO DEL PROYECTO					12/12/2025	22/12/2025			
ÍTEM	ACTIVIDADES	UNIDAD	CANTIDAD	VR UNITARIO	VALOR TOTAL	CANT EJECUTADA	SUB TOTAL CORTE	CANT	VALOR TOTAI	% VANCE
1	**Preliminares**									
1,01	Demolición de Acabados de Piso	M2	131,13	$ 9.795,00	$ 1.284.418,35	109,38	$ 1.071.351,63	109,38	$ 1.071.351,63	83%
1,02	Desmonte de Cubierta (teja y estructura) a altura mayor a 3.0m	M2	151,28	$ 13.411,00	$ 2.028.816,08	144,35	$ 1.935.867,12	144,35	$ 1.935.867,12	95%
1,03	Demolición de Acabados de Muros (enchapes, pastas, pintura)	M2	565,82	$ 9.795,00	$ 5.542.206,90	330,65	$ 3.238.675,61	330,65	$ 3.238.675,61	58%
1,04	Demolición de Muros en Mampostería de espesor entre 0.10 y 0.15m	M2	71,44	$ 12.407,00	$ 886.356,08	52,34	$ 649.423,32	52,34	$ 649.423,32	73%
1,05	Desmonte de Puertas y Ventanas	M2	29,56	$ 10.635,00	$ 314.370,60	29,56	$ 314.340,82	29,56	$ 314.340,82	100%
1,06	Desmonte de Aparatos Sanitarios	UN	9,00	$ 10.060,00	$ 90.540,00	9,00	$ 90.540,00	9,00	$ 90.540,00	100%
1,07	Cargue y Retiro de Escombros	M3	45,78	$ 66.100,00	$ 3.026.058,00		$ 0,00		$ 0,00	0%
2	**Cubierta y Cieloraso**									
2,01	Suministro e Instalación de Teja Blanca UPVC y Estructura Metalica en Acero	M2	151,28	$ 592.705,00	$ 89.664.412,40	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
2,02	Suministro e Instalación de Cieloraso en Drywall	M2	131,13	$ 117.735,00	$ 15.438.590,55	0,00	$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
3	**Pisos y Acabados de Piso**									

3,01	Concreto de 3000psi para placas de contrapiso espesor de 10cm, incluye refuerzo	M2	3,67	$ 1.383.974,00	$ 5.079.184,58		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
3,02	Antepiso en mortero de nivelación espesor de 4cm	M2	130,97	$ 45.986,00	$ 6.022.786,42		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
3,03	Piso en Ceramica Blancho Huila	M2	130,97	$ 128.285,00	$ 16.801.486,45		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
3,04	Media caña	ML	205,17	$ 109.271,00	$ 22.419.131,07		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
4	**Muros y Acabados de Muros**									
4,01	Muro en Bloque N5	M2	118,13	$ 82.759,00	$ 9.776.320,67		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
4,02	Muro Seco en Superboard doble cara	M2	11,25	$ 157.590,00	$ 1.772.887,50		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
4,03	Pañete en mortero 1:4	M2	76,00	$ 31.246,00	$ 2.374.696,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
4,04	Estuco y Pintura Koraza Exterior	M2	597,83	$ 38.475,00	$ 23.001.509,25		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
4,05	Echape para Muros en Ceramica Egeo Blanco	M2	47,48	$ 101.353,00	$ 4.812.240,44		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5	**Redes Hidrosanitarias y Aparatos Sanitarios**									
5,01	Suministro e Instalación de Lavamanos de uso institucional	UN	4,00	$ 510.392,00	$ 2.041.568,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5,02	Suministro e Instalación de Sanitario Báltico de uso institucional	UN	2,00	$ 1.918.076,00	$ 3.836.152,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5,03	Suministro e Instalación de Kit barras para discapacitados	UN	1,00	$ 1.146.494,00	$ 1.146.494,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5,04	Suministro e Instalación de Tanque de Almacenamiento de 2000Lt, incluye conexión hidraulica a red existente	UN	1,00	$ 2.124.491,00	$ 2.124.491,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5,05	Suministro e Instalación de Estructura Metalica para soporte elevado de tanque aereo	UN	1,00	$ 2.585.489,00	$ 2.585.489,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%

5,06	Suministro e Instalación de Mesa de Lavado American Aceros Con Pozuelo 270x60x90 Pz 40x30x18	UND	1,00	$ 5.229.940,00	$ 5.229.940,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5,07	Regatas con cortadora de disco en mampostería para tubería de D menor o igual a 1", incluye resane y pañete	ML	14,81	$ 27.847,00	$ 412.414,07		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5,08	Suminsitro e Instalación de Tubería PVC P 1/2", incluye accesorios	ML	14,81	$ 6.574,00	$ 97.360,94		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5,09	Suminsitro e Instalación de Tubería PVC Sanitaria 2", incluye accesorios	ML	14,81	$ 15.421,00	$ 228.385,01		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
5,10	Regatas con cortadora de disco en mampostería para tubería de D entre 1" y 3", incluye resane y pañete	ML	14,81	$ 41.697,00	$ 617.532,57		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
6	**Carpintería Metalica**									
6,01	Suministro e Instalación de Puerta en Lamina Cal 18	M2	24,09	$ 523.001,00	$ 12.599.094,09		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
6,02	Suministro e Instalación de Ventana en Lamina Cal 18, incluye vidrio	M2	5,63	$ 315.712,00	$ 1.777.458,56		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
7	**Red Eléctrica**									
7,01	Suministro e Instalación de Tablero de Servicio 12 circuitos con protecciones 32A	UND	1,00	$ 1.518.426,00	$ 1.518.426,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
7,02	Suministro e Instalación de Planta Eléctrica Motor Diesel con cabina de insonorización 8.5kVA	UND	1,00	$ 12.398.350,00	$ 12.398.350,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
7,03	Suministro e Instalación Ducteria EMT 3/4, incluye caja de paso 2400	ML	125,15	$ 42.470,00	$ 5.315.120,50		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
7,04	Suministro e Instalación de Cable 1F8+1T8+1N8 AWG Cu THHN	ML	125,15	$ 46.679,00	$ 5.841.876,85		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
7,05	Suministro e Instalación de Tomacorriente Doble, incluye salida L 1.90m	UND	8,00	$ 98.409,00	$ 787.272,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%

7,06	Suministro e Instalación de Interruptor Sencillo, incluye salida L 1.20m	UND	8,00	$ 77.079,00	$ 616.632,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
7,07	Suministro e Instalación de Panel LED de 60x60 40W con Marco para cielo raso, incluye salida L 1.00m	UND	19,00	$ 122.270,00	$ 2.323.130,00		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
8	**Adecuaciónes Perimetrales**									
8,01	Explanación Manual incluye limpieza y descapote	M2	9,12	$ 14.026,00	$ 127.917,12		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
8,02	Excavación Manual	M3	12,80	$ 14.026,00	$ 179.532,80		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
8,03	Concreto de 3000psi para bordillos, cunetas y muros de contención	M3	11,38	$ 1.093.388,00	$ 12.442.755,44		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
8,04	Acero de refuerzo	KG	1521,40	$ 7.031,00	$ 10.696.963,40		$ 0,00	0,00	$ 0,00	0%
	TOTAL COSTOS DIRECTOS				**$ 295.280.366,69**		**$ 7.300.198,51**		**$ 7.300.198,51**	
	ADMINISTRACION	24%			$ 70.867.288,01	ADMINISTRACION	$ 1.752.047,64		$ 1.752.047,64	
	IMPREVISTOS	1%			$ 2.952.803,67	IMPREVISTOS	$ 73.001,99		$ 73.001,99	
	UTILIDAD	5%			$ 14.764.018,33	UTILIDAD	$ 365.009,93		$ 365.009,93	
				TOTAL COSTOS INDIRECTOS	**$ 88.584.110,01**		**$ 2.190.059,55**		**$ 2.190.059,55**	
				VALOR TOTAL DE LA OBRA	**$ 383.864.476,70**	**VALOR ACTA 01**	**$ 9.490.258,06**		**$ 9.490.258,06**	2.47%

Tabla 8 Flujo de Inversión ejecutado a la fecha del Acta 01

9. ANALISIS DE AVANCE DE SEGUIMIENTO

De acuerdo a la programación entregada, el avance del Contrato en referencia a la fecha del 21 de diciembre de 2025 es del 2.47% frente al 0.67% programado para el presente periodo evidenciando una correcta ejecución en los plazos establecidos.

10. AVANCE FISICO DE LAS OBRAS

- Demolición de Acabados de Piso
- 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 Metálica en Acero

11. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y LEGALES

A la fecha del presente informe el Contratista y el Supervisor del Contrato registran los siguientes documentos contractuales:

- Acta de Inicio:

Firmada el 12 de diciembre de 2025 entre El Contratista y el Supervisor del Contrato.

- Acta de Socialización:

No se han realizado Actas.

- Actas de Seguimientos.

No se han realizado Actas.

- Actas de Avance de Obra.

No se han realizado Actas.

- Pólizas de Garantía:

Estado garantía única de cumplimiento obra. (ver anexos)

- Acta Final

Ninguna

12. CORRESPONDENCIA

12.1. CORRESPONDENCIA CONTRATISTA DE OBRA

12.1.1. ENVIADA

12/12/2025 UT-CDN-2025-001
Asunto: Entrega de Documentos inicio de ejecución del contrato

22/12/2025 UT-CDN-2025-002
Asunto: Entrega de "PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)

22/12/2025 UT-CDN-2025-003
Asunto: Entrega de Información cuenta Bancaria de la UT CARMEN DE NAZARETH 2025

11.1.2 RECIBIDA:

12/12/2025 OFICIO-001
Asunto: Solicitud de documentos del contrato de obra No 1048 de 2025

12/12/2025 OFICIO-004
Asunto: SOLICITUD DE ENTREGA DEL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

12/12/2025 OFICIO-006
Asunto: Solicitud de documentos del contrato de obra No 1048 de 2025

12/12/2025 OFICIO-008
Asunto: REQUISITOS DEL INFORME MENSUAL SST Y LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS
ACTIVIDADES.

21/12/2025 OFICIO-008
Asunto: Solicitud de documentos para acta parcial 01

12.2. CORRESPONDENCIA INTERVENTORIA

12.2.1 ENVIADA:
12/12/2025 OFICIO-001
Asunto: Solicitud de documentos del contrato de obra No 1048 de 2025

12/12/2025 OFICIO-004

Asunto: SOLICITUD DE ENTREGA DEL PLAN DE MANEJO AMBIENTAL

12/12/2025 OFICIO-006
Asunto: Solicitud de documentos del contrato de obra No 1048 de 2025

12/12/2025 OFICIO-008
Asunto: REQUISITOS DEL INFORME MENSUAL SST Y LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS
ACTIVIDADES.

21/12/2025 OFICIO-008
Asunto: Solicitud de documentos para acta parcial 01

11.2.2 RECIBIDA:

22/12/2025 UT-CDN-2025-002
Asunto: Entrega de "PLAN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)

22/12/2025 UT-CDN-2025-003
Asunto: Entrega de Información cuenta Bancaria de la UT CARMEN DE NAZARETH 2025

13. BITACORA DE SEGUIMIENTO DE OBRA

Esta refleja, por escrito, los avances de los diferentes frentes, llevando el registro a diario de las condiciones climáticas, las actividades realizadas en cada frente, registro fotográfico. De igual forma se ha registrado las condiciones actuales en las que labora el personal, entre otros.

Se adjunta Anexa copia de la bitácora comprendida en este periodo.

14. ESTADO DEL CLIMA

ESTADO DEL TIEMPO SEMANA 1										
MES		DICIEMBRE								
DIA	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
SOLEADO	X	X	X	X	X	X			X	X
NUBLADO							X	X		
LLUVIOSO										

Tabla 9 Estado del tiempo de la semana 01

CLIMA	DIAS
SOLEADO	8
NUBLADO	2
LLUVIOSO	0

Tabla 10 Recuento de días según el clima semana 01



Gráfico 3 Estado del clima semana 01

15. MANEJO DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Con respecto a la implementación del Programa de Seguridad y salud en el trabajo, y al cumplimiento de las normas vigentes, se viene realizando control por medio del residente de obra, verificando el cumplimiento de este aspecto por parte de contratista y el Supervisor de la Obra Civil. La afiliación y pago de aportes al sistema de seguridad social, la utilización de los elementos de protección personal, la señalización de la obra.

16. MAQUINARIA Y EQUIPOS MENORES EN LA OBRA

HERRAMIENTA / EQUIPO	UNIDAD	CANTIDAD	ACTIVIDAD
Herramienta menor	GL	2	Desmonte y demoliciones varios
Escalera	UND	1	Desmonte e instalación de tejas
Andamios	UND	1	Desmonte e instalación de tejas

Tabla 11 Cuadro de Maquinaria y Equipos en obra

18. PERSONAL DE LA OBRA

CARGO	NOMBRE
Director de obra	Ing. Harol Fredy Martinez Sanchez
Residente de obra	Ing. Eduardo Toloza Bayona

Maestro de obra	Jorge Enrique López Nova
	Humberto Velasquez Quijano
	José Oswaldo Arias Fuentes
Oficial de obra	José Manuel Mendoza Soto
	Gabriel Velasquez Quijano
	Antonio Javier Nieto Niño
Ayudante	Gregori José Heredia Velazquez
	Jeison Javier Contreras Jaimes
	Yesid Filemon Benjumea Nuñes

Tabla 12 Personal Afiliado a la Obra

19. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- A la fecha de corte del presente informe, se presenta un avance correspondiente al 20.27% frente al 0.67% programado para el presente periodo evidenciando un excelente avance en los tiempos estipulados del contrato

- Se ha cumplido con los parámetros de seguridad industrial y salud ocupacional, todos los trabajadores cuentan con los elementos de protección personal y en la obra se cuenta con las señalizaciones requeridas.

- Se han acatado las disposiciones normativas locales departamentales y nacionales que afecten la ejecución de las obras en lo que a aspectos técnicos se refiere.

- Se hizo entrega de la dotación adecuada y los elementos de seguridad industrial ineludibles para la ejecución de las actividades.

- Se lleva en la Bitácora un registro diario de la obra ejecutada, tanto del personal como de los equipos empleados y otros aspectos relevantes, dicha bitácora cuenta con la firma de un representante del contratista y uno de la interventoría (ver anexo).

- Se realizó el análisis del avance financiero de las obras, a fin de prever, con la suficiente anticipación, eventuales necesidades de modificaciones de reserva o de disponibilidades presupuestales o cualquier otra medida que el municipio deba tomar para asegurar el flujo de fondos del Contrato.

HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ
R/L: UNIÓN TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025

		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 CARMEN DE NAZARETH 2025							
Objeto:	CONTRATO DE OBRA N° 1048 DE 2025 CUYO OBJETO ES "ADECUACION DEL PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH DEL MUNICIPIO DE SALAZAR DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO DE NORTE DE SANTANDER"																
Sede:	PUESTO DE SALUD CARMEN DE NAZARETH																
ÍTEM	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				$ 13.172.766,01		$ 7.300.198,51	55,42%		$ 7.300.198,51	55,42%		$ 5.872.567,50	44,58%			
1.01	Demolición de Acabados de Piso	M2	131,13	$ 9.755,00	$ 1.284.418,35	109,38	$ 1.071.351,63	8,13%	109,38	$ 1.071.351,63	8,13%	21,75	$ 213.066,72	1,62%			
1.02	Desmonte de Cubierta (teja y estructura) a altura mayor a 3.0m	M2	151,28	$ 13.411,00	$ 2.028.816,08	144,35	$ 1.935.867,12	14,70%	144,35	$ 1.935.867,12	14,70%	6,93	$ 92.948,96	0,71%			
1.03	Demolición de Acabados de Muros (enchapes, pastas, pintura)	M2	565,82	$ 9.765,00	$ 5.542.206,90	330,65	$ 3.238.675,61	24,59%	330,65	$ 3.238.675,61	24,59%	235,17	$ 2.303.531,29	17,49%			
1.04	Demolición de Muros en Mamposteria de espesor entre 0,10 y 0,15m	M2	71,44	$ 12.407,00	$ 886.358,08	52,34	$ 649.423,32	4,93%	52,34	$ 649.423,32	4,93%	19,10	$ 236.932,76	1,80%			
1.05	Desmonte de Puertas y Ventanas	M2	29,56	$ 10.635,00	$ 314.370,60	29,56	$ 314.340,82	2,39%	29,56	$ 314.340,82	2,39%	0,00	$ 29,78	0,00%			
1.06	Desmonte de Aparatos Sanitarios	UN	9,00	$ 10.060,00	$ 90.540,00	9,00	$ 90.540,00	0,69%	9,00	$ 90.540,00	0,69%	0,00	$ -	0,00%			
1.07	Cargue y Retiro de Escombros	M3	45,78	$ 66.100,00	$ 3.026.058,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	45,78	$ 3.026.058,00	22,97%			
2	Cubierta y Cielorraso				$ 105.103.002,95		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 105.103.002,95	100,00%			
2.01	Suministro e Instalación de Teja Blanca UPVC y Estructura Metalica en Acero	M2	151,28	$ 592.705,00	$ 89.664.412,40	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	151,28	$ 89.664.412,40	85,31%			
2.02	Suministro e Instalación de Cielorraso en Drywall	M2	131,13	$ 117.735,00	$ 15.438.590,55	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	131,13	$ 15.438.590,55	14,69%			
3	Pisos y Acabados de Piso				$ 50.322.588,52		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 50.322.588,52	100,00%			
3.01	Concreto de 3000psi para placas de contrapiso espesor de 10cm, rampas y escaleras, incluye refuerzo	M3	3,67	$ 1.383.974,00	$ 5.079.184,58	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	3,67	$ 5.079.184,58	10,09%			
3.02	Antepiso en mortero de nivelación espesor de 4cm	M2	130,97	$ 45.986,00	$ 6.022.786,42	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	130,97	$ 6.022.786,42	11,97%			
3.03	Piso en Ceramica Blanco Huila	M2	130,97	$ 128.265,00	$ 16.801.486,45	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	130,97	$ 16.801.486,45	33,39%			
3.04	Media caña	ML	205,17	$ 109.271,00	$ 22.419.131,07	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	205,17	$ 22.419.131,07	44,55%			
4	Muros y Acabados de Muros				$ 41.737.653,86		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 41.737.653,86	100,00%			
4,01	Muro en Bloque N5	M2	118,13	$ 82.759,00	$ 9.776.320,67	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	118,13	$ 9.776.320,67	23,42%			
4,02	Muro Seco en Superboard doble cara	M2	11,25	$ 157.560,00	$ 1.772.887,50	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	11,25	$ 1.772.887,50	4,25%			
4,03	Pañete en mortero 1:4	M2	76,00	$ 31.246,00	$ 2.374.696,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	76,00	$ 2.374.696,00	5,69%			
4,04	Estuco y Pintura Koraza Exterior	M2	597,83	$ 38.475,00	$ 23.001.509,25	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	597,83	$ 23.001.509,25	55,11%			
4,05	Enchape para Muros en Ceramica Egeo Blanco	M2	47,48	$ 101.353,00	$ 4.812.240,44	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	47,48	$ 4.812.240,44	11,53%			

5	Redes Hidrosanitarias y Aparatos Sanitarios				$ 18.319.826,59		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 18.319.826,59	100,00%
5,01	Suministro e Instalación de Lavamanos de uso Institucional	UN	4,00	$ 510.392,00	$ 2.041.568,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	4,00	$ 2.041.568,00	11,14%
5,02	Suministro e Instalación de Sanitario Báltico de uso institucional	UN	2,00	$ 1.918.076,00	$ 3.836.152,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	2,00	$ 3.836.152,00	20,94%
5,03	Suministro e Instalación de Kit barras para discapacitados	UN	1,00	$ 1.146.494,00	$ 1.146.494,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 1.146.494,00	6,26%
5,04	Suministro e Instalación de Tanque de Almacenamiento de 2000Lt, incluye conexión hidraulica a red existente	UN	1,00	$ 2.124.491,00	$ 2.124.491,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 2.124.491,00	11,60%
5,05	Suministro e Instalación de Estructura Metalica para soporte elevado de tanque aereo	UN	1,00	$ 2.585.489,00	$ 2.585.489,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 2.585.489,00	14,11%
5,06	Suministro e Instalación de Mesa de Lavado American Aceros Con Pozuelo 270x60x90 Pz 40x30x16	UND	1,00	$ 5.229.940,00	$ 5.229.940,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 5.229.940,00	28,55%
5,07	Regatas con cortadora de disco en mamposteria para tuberia de D menor o igual a 1", incluye resane y pañete	ML	14,81	$ 27.847,00	$ 412.414,07	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	14,81	$ 412.414,07	2,25%
5,08	Suministro e Instalación de Tuberia PVC P 1/2", incluye accesorios	ML	14,81	$ 6.574,00	$ 97.360,94	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	14,81	$ 97.360,94	0,53%
5,09	Suministro e Instalación de Tuberia PVC Sanitaria 2", incluye accesorios	ML	14,81	$ 15.421,00	$ 228.385,01	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	14,81	$ 228.385,01	1,25%
5,10	Regatas con cortadora de disco en mamposteria para tuberia de D entre 1" y 3", incluye resane y pañete	ML	14,81	$ 41.697,00	$ 617.532,57	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	14,81	$ 617.532,57	3,37%
6	Carpinteria Metalica				$ 14.376.582,65		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 14.376.582,65	100,00%
6,01	Suministro e Instalación de Puerta en Lamina Cal 18	M2	24,09	$ 523.001,00	$ 12.599.094,09	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	24,09	$ 12.599.094,09	87,64%
6,02	Suministro e Instalación de Ventana en Lamina Cal 18, incluye vidrio	M2	5,63	$ 315.712,00	$ 1.777.458,56	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	5,63	$ 1.777.458,56	12,36%
7	Red Eléctrica				$ 28.800.807,35		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 28.800.807,35	100,00%
7,01	Suministro e Instalación de Tablero de Servicio 12 circuitos con protecciones 32A	UND	1,00	$ 1.518.426,00	$ 1.518.426,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 1.518.426,00	5,27%
7,02	Suministro e Instalación de Planta Eléctrica Motor Diesel con cabina de insonorización 8,5kVA	UND	1,00	$ 12.398.350,00	$ 12.398.350,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1,00	$ 12.398.350,00	43,05%
7,03	Suministro e Instalación Ductoria EMT 3/4, incluye caja de paso 2400	ML	125,15	$ 42.470,00	$ 5.315.120,50	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	125,15	$ 5.315.120,50	18,45%
7,04	Suministro e Instalación de Cable 1FB+1TB+1NB AWG Cu THHN	ML	125,15	$ 46.679,00	$ 5.841.876,85	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	125,15	$ 5.841.876,85	20,28%
7,05	Suministro e Instalación de Tomacorriente Doble, incluye salida L 1,00m	UND	8,00	$ 98.409,00	$ 787.272,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	8,00	$ 787.272,00	2,73%
7,06	Suministro e Instalación de Interruptor Sencillo, incluye salida L 1,20m	UND	8,00	$ 77.079,00	$ 616.632,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	8,00	$ 616.632,00	2,14%
7,07	Suministro e Instalación de Panel LED de 60x60 40W con Marco para cielo raso, incluye salida L 1,00m	UND	19,00	$ 122.270,00	$ 2.323.130,00	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	19,00	$ 2.323.130,00	8,07%
8	Adecuaciones Perimetrales				$ 23.447.168,76		$ -	0,00%		$ -	0,00%		$ 23.447.168,76	100,00%
8,01	Explanacion manual incluye limpieza y descapote	M2	9,12	$ 14.026,00	$ 127.917,12	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	9,12	$ 127.917,12	0,55%
8,02	Excavacion manual	M3	12,80	$ 14.028,00	$ 179.532,80	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	12,80	$ 179.532,80	0,77%
8,03	Concreto de 3000 psi para bordillos, cunetas y muros de contencion	M3	11,38	$ 1.093.368,00	$ 12.442.755,44	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	11,38	$ 12.442.755,44	53,07%
8,04	Acero de refuerzo	KG	1521,40	$ 7.031,00	$ 10.696.963,40	0,00	$ -	0,00%	0,00	$ -	0,00%	1521,40	$ 10.696.963,40	45,62%
TOTAL COSTOS DIRECTOS					$ 295.280.366,68		$ 7.300.198,51			$ 7.300.198,51			$ 287.980.168,18	
ADMINISTRACION				24%	$ 70.867.288,01		$ 1.752.047,64			$ 1.752.047,64			$ 69.115.240,36	
IMPREVISTOS				1%	$ 2.952.803,67		$ 73.001,99			$ 73.001,99			$ 2.879.801,68	
UTILIDAD				5%	$ 14.764.018,33		$ 365.009,93			$ 365.009,93			$ 14.399.008,41	
TOTAL COSTOS INDIRECTOS					$ 88.584.110,01		$ 2.190.059,55			$ 2.190.059,55			$ 86.394.050,45	
VALOR TOTAL DE LA OBRA (C. DIRECTOS + C. INDIRECTOS)					$ 383.864.476,70		$ 9.490.258,06			$ 9.490.258,06			$ 374.374.218,63	2,47%
VALOR A PAGAR SEGÚN ACTA DE RECIBO PARCIAL N° 1														$ 9.490.258,06
PORCENTAJE EJECUTADO*ACTA DE RECIBO PARCIAL N°1														2,47%
PORCENTAJE EJECUTADO ACUMULADO														2,47%
PORCENTAJE * EJECUTAR														97,53%
VALOR A PAGAR SEGÚN PRESENTE ACTA: NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS CON SEIS CENTAVOS														

SE FIRMA POR LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON:

RESUMEN ACTAS DE PAGO		
RESUMEN DEL CONTRATO		
VALOR DEL CONTRATO	$ 383.864.476,70	
VALOR ACTA PARCIAL No. 01		$ 9.490.258,06
SALDO POR EJECUTAR		$ 374.374.218,63
SUMAS IGUALES	$ 383.864.476,70	$ 383.864.476,70

R/L ING. HAROL FREDY MARTINEZ SANCHEZ
UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025
CONTRATISTA DE OBRA

R/L ING. CIDA 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.

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 CARMEN DE NAZARETH 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		16962381	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 19:32:50 .
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 Pos de tu bienestar

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: GARAVITO | SEGUNDO APELLIDO: GOMEZ | PRIMER NOMBRE: DAJLA | SEGUNDO NOMBRE: ANDREA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1090478155
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 1994

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: C — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA
23. APP: PORVENIR
24. IBC: 1.423.500
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: CL 30 # 2A-112 CONJ. ROSALES
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3157859779
CORREO ELECTRÓNICO: ANDREGG07@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: N. DE SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA — CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO 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 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 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. PARENTESCO	44. ETNIA	45. CURRÍCULO	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	48. GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	49. NO	49. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	50. NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	ZONA CENTRO POBLADO	ZONA RURAL DISPERSO	ZONA RESTO RURAL
31							I. II.												
32							I. II.												
33							I. II.												
34							I. II.												
35							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DILIGENCIAR 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: UNION TEMPORAL CARIMA DE MAYA
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: 902012335-7
58. Ubicación — DIRECCIÓN: CL 13 # 2E-43 CADIZ
TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3114733324
CORREO ELECTRÓNICO: UTCARIMADEMAYA2021@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 12 | MES 12 | AÑO 25
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

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.

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, 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 CARMEN DE NAZARETH 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 %	
C1148214483	NIETO NIÑO ANTONIO JAVIER	16/12/2025		14217724	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 08:38:42 .
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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.148.214.483
NIETO NIÑO
ANTONIO JAVIER
COL
1.61
M
21 FEB 1985
O+
SAN CRISTOBAL TACHIRA
(VENEZUELA)
15 JUL 2049 CUCUTA
09 ENE 2534


ICCOL039864938625001<<<<<<<<<<<
8802211M3401099COL1148214483<4
NIETO<NINO<<ANTONIO<JAVIER<<<<

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:

ANTONIO JAVIER NIETO NIÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.148.214.483**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 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 CARMEN DE NAZARETH 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 %	
C1090489165	TOLOZA BAYONA EDUARDO	12/12/2025		h4H208A1	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

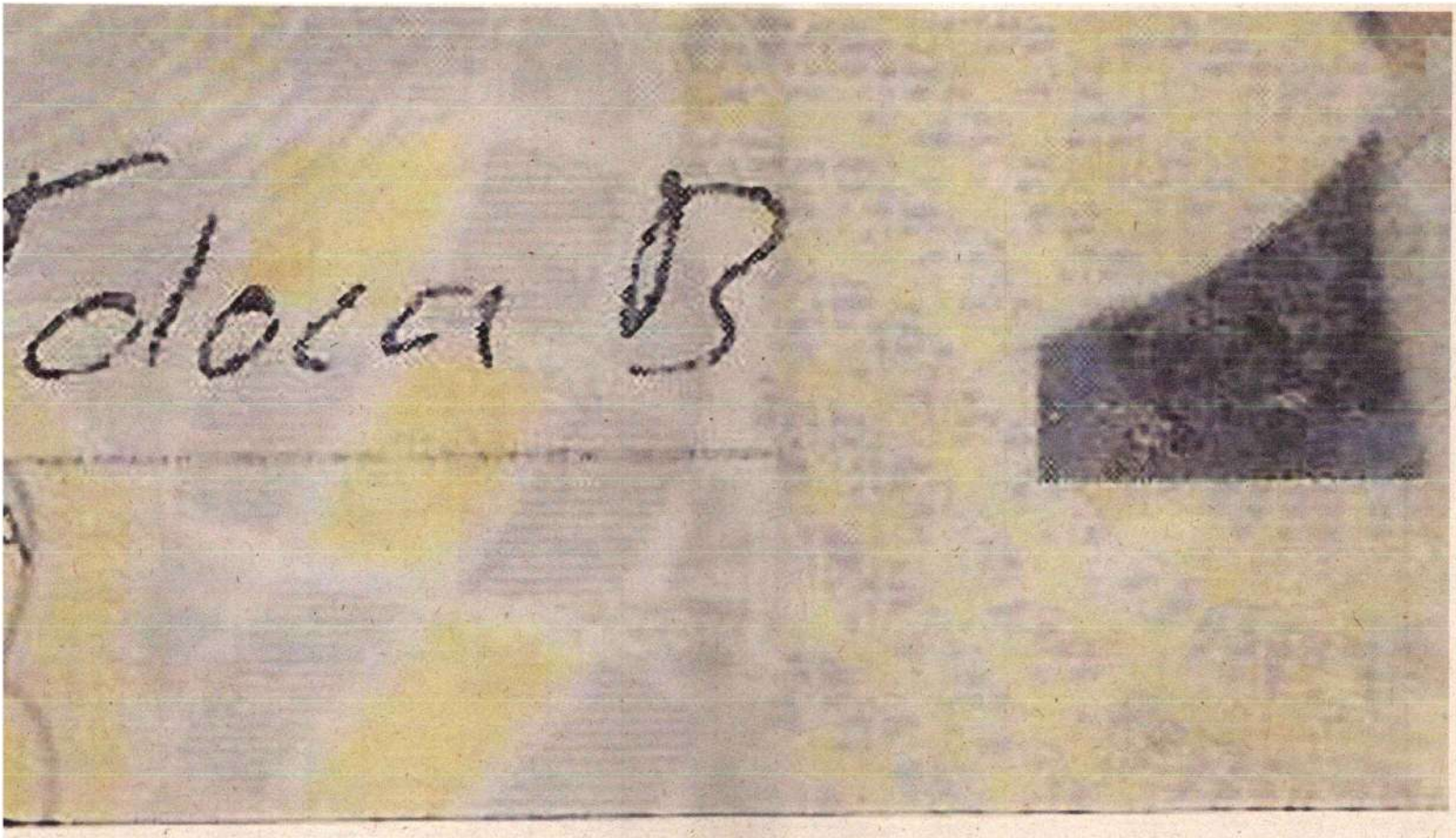
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 11/12/2025 15:19:54 .
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



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025 identificado con NIT número 902012835 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9690370	20/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1090489165	EDUARDO TOLOZA BAYONA	1423500	INGENIERO CIVIL	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:

EDUARDO TOLOZA BAYONA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.489.165**, 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.

ARL | sura

Medellín, 12 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 CARMEN DE NAZARETH 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 %	
X6800701	HEREDIA VELASQUEZ GREGORI JOSE	13/12/2025		x151kk15	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 12/12/2025 18:31:44 .
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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025 identificado con NIT número 902012835 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9690371	20/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
PERMISO POR PROTECCIÓN	6800701	GREGORIJOSE HEREDIA VELAZQUEZ	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-12-13

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

ARL | sura

Medellín, 22 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 CARMEN DE NAZARETH 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	03/12/2025		R1831832	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:C882010192535632554

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 09:02:34 .
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, 198.143.41.31, 172.16.42.57

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 88.201.019



Apellidos
MARTINEZ SANCHEZ

Nombres
HAROL FREDY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
31 OCT 1972

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
07 FEB 1991, CUCUTA

Firma

Fecha de expiración
07 ENE 2033

.CO

012532043

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

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

NIT. 800.251.440-6

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

185471492

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
X Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva 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	[illegible]	FREDY

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

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
BOGOTA	COLOMBIA	N/SANTANDER	CUCUTA	31/10/1982

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	1'123.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CL 5 #7C-12 V. LAS DELICIAS	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3174210484	hectormartinez5anchez31@gmail.com

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	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	

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 Cuál	País Departamento Municipio	
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	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			
B2			

Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización de Positiva Compañía de Seguros S.A. NIT 860.011.153-6 1002644458 Sku 226572

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 Convenio Nacional 2021	NIT	902012857	

59. Ubicación

Dirección: Cl 12 2E - 40 Bucaramanga

Teléfono fijo o Celular: 3114289984

Correo Electrónico: ut.convenionacional2021@gmail.com

Departamento: N/Santander

Municipio / Distrito: Cucuta

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	01/12/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 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.
- [ ] 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [x] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- [x] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC X 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.

EPS Sanitas
Total Anexos
NIT 800 251 440-6
17 DIC 2025
Radicado:
Asesor: Hora:

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			

OBSERVACIONES: Dep 023010 Se anexan documentos cláusula única temporal. Maribel V

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

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.

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, 12 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 CARMEN DE NAZARETH 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 %	
C1090482014	LOPEZ NOVA JORGE ENRIQUE	13/12/2025		f1422923	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 12/12/2025 18:33:55 .
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

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 20/12/2025, el empleador UNION TEMPORAL CARMEN DE NAZARETH 2025 identificado con NIT número 902012835 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9690375	20/12/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1090482014	JORGEENRIQUE LOPEZ NOVA	1423500	OBRERO DE CONSTRUCCION	2025-12-13

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:

JORGE ENRIQUE LOPEZ NOVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.482.014**, 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.

ARL | sura

Medellín, 12 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 CARMEN DE NAZARETH 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 %	
C1090477539	MENDOZA SOTO JOSE MANUEL	13/12/2025		21719916	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

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 18:36:32 .
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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 [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: MENDOZA | SEGUNDO APELLIDO: SOTO | PRIMER NOMBRE: JOSE | SEGUNDO NOMBRE: MANUEL
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: 1090477539
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COL
14. LUGAR DE NACIMIENTO: País: COLOMBIA | Departamento: NORTE DE SDER | Municipio: CUCUTA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 10 | MES 06 | AÑO 94

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA | 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: SURA
23. AFP: PORVENIR | 24. IBC: $ 1.423.500 =
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: AV 28 # 25-36 Barrio Belen
TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3022201700 | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO: NORTE DE SDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: CUCUTA | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO 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	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
B1		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MSRC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario: 39. PARENTESCO	40. ETNIA	41. DISCAPACIDAD	42. GRUPO EN POBLACIÓN ESPECIAL	43. TIENE SISBÉN? SI	43. TIENE SISBÉN? NO	44. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	45. DISCAPACIDAD SI	45. DISCAPACIDAD NO	46. RECIBE BENEFICIO? SI	46. RECIBE BENEFICIO? NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I.	II.										
B2							I.	II.										
B3							I.	II.										
B4							I.	II.										
B5							I.	II.										

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

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

55. Nombre o razón social: O.T. CARMEN DE NAZARETH
56. Tipo documento de identificación: NI [X] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de identificación: 900128835 - 7
58. Ubicación: Dirección: CALLE 8 # 2E - 40 | Teléfono Fijo o Celular: 3114819989 | Correo Electrónico: otcarmendenazareth@gmail.com | Departamento: NDES | Municipio/Distrito: CUCUTA
59. Tipo de aportante o grupo de poblacional (a registrar por la EPS): PEQUENA

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. TRASLADO DE RÉGIMEN TRASLADO DE UN TRABAJO 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) / 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. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FALLADOR DE PENSIONES
54. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 13 | 12 | 25
67. MOTIVO DE TRASLADO Código

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 firmidad [ ]
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 expreso para que Comfanorte EPS establezcan 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 al celular 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

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:

JOSE MANUEL MENDOZA SOTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.090.477.539**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 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.

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
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
88269416
NUMERO

ARIAS FUENTES
APELLIDOS

JOSE OSWALDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-OCT-1983
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

28-DIC-2001 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2500100-55101791-M-0088269416-20020418 05980 02108A 01 117678002

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 88269416
Nombres:	JOSE OSWALDO ARIAS FUENTES
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2023-03-20
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	SALUD SOCIAL SAS

OBSERVACIONES:
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2025-12-20 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-01-19

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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

ONTRERAS JAIMES

ELLIDOS

ISON JAVIER

NOMBRES



ison Javier Contreras J

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAY-1998

ARBOLEDAS
(NORTE DE SANTANDER)

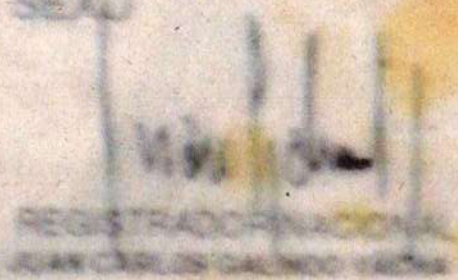
LUGAR DE NACIMIENTO

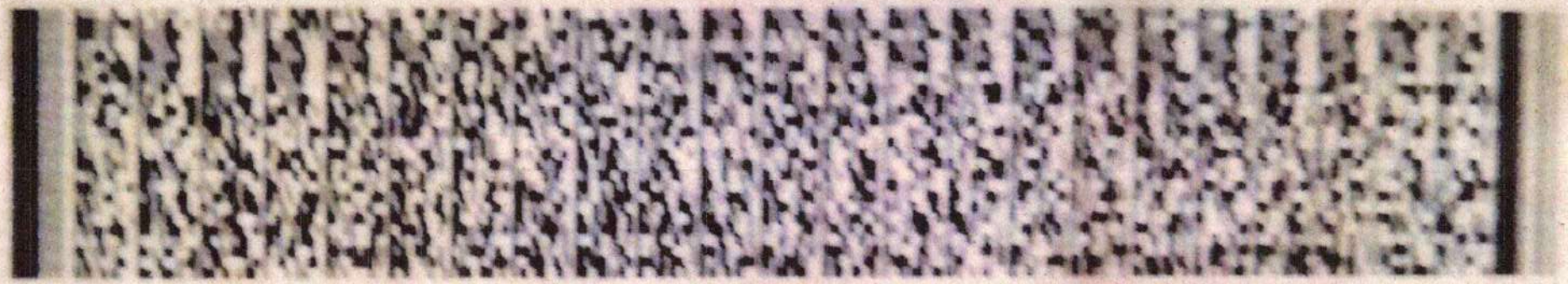
1.73 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-SEP-2016 ARBOLEDAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN





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 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC - Cédula de Ciudadanía
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1092647028
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] F [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NS [ ] Otro ¿Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIANO
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | NORTE DE SANTANDER | 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 SISBEN: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA - CIA. SURAMERICANA D
23. AFP: 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: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ]
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: M [ ] F [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NS [ ] 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: País / Depart. / Municipio	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios del Beneficiario

	42. PARENTESCO	43. ETNIA	44. COMUNIDAD	45. LUGAR DE EVALUACIÓN SISBEN	46. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI / NO	47. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL / GRUPO	48. DISCAPACIDAD: SI / NO / CUAL	49. GRUPO POBLACIONAL PREFERENCIAL: SI / NO / CUAL	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO / MUNICIPIO / LOCALIDAD / COMUNA	ZONA: CABECERA MUNICIPAL / CENTRO POBLADO / RURAL DISPERSO
01						N. H.				
02						N. H.				
03						N. H.				
04						N. H.				
05						N. H.				

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO BENEFICIARIO	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (ASIGNADA POR LA EPS)
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: SOLIMET CONSTRUCCIONES S.A.S
56. Tipo documento de identificación: NI - Número Identificación Tributaria
57. Número del documento de identificación: 901206743
TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3133002446
56. Tipo de cotizante o pensionado (de acuerdo con la tabla de la EPS)
58. 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

58. 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. FORMALIZACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS Y/O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS Y/O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIÓN DE PENSIONADO
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LA CONDICIÓN DE PENSIONADO PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS
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
TRASLADO ENTRE REGÍMENES
TRASLADO ENTRE REGÍMENES
15. FALLECIMIENTO
16. INICIO DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
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: 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: M [X] F [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NS [ ] Otro ¿Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 30 05 1998
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 09 12 2025
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. BAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PÉRDIDA DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos(s) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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. Acepto 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 desde 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 y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de los 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 expreso 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). Autorizados para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

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

Jose Oswaldo Arias
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 [ ] PA [ ] CD [ ] PE [ ] 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 patria de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada 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 de cabeza de 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
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. 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://**

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

NUMERO 1.090.490.218
BENJUMEA NUÑEZ

APELLIDOS
YESID FILEMON

NOMBRES
Yesid Benjumea

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 30-JUL-1995
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-AGO-2013 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

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] a) 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. CONSEC

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] T 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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN IV	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					SURA - CIA. SURAMERICANA D

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

DIRECCIÓN	COMPLEMENTARIOS 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		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Síntoma cotizante (si 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
		F M	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	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. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. LUGAR DE POBLACIÓN DISPERSA	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN IV	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD	CAT. DISCAPACIDAD	50. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO
01					SI NO			SI NO							
02															
03															
04															
05															

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC: (DEJAR EN BLANCO)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
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	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador (a diligenciar por la EPS)
SOLIMET CONSTRUCCIONES S.A.S	NI - Número Identificación Tributaria	901208743	3133002446	

59. Dirección					
AV 34 14 19 BRR EL RODEO # -	CONTABILIDADVISIR@GMAIL.COM	NORTE DE SANTANDER	CUCUTA		

RADICADO
12-12-2025
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

G. REPORTE DE NOVEDADES

56. 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 SEGUIR COTIZANDO
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS / 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. CAMBIO DE RÉGIMEN
16. TRASLADO ENTRE REGÍMENES
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE FALLECIMIENTO
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
BENJUMEA	NUÑEZ	YESID	FILEMON

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1090490218	M [X]	F [X] 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. S.M.L.M.V. (SOLICITUD PARA DAR O PAGAR DE PENSIONES)
30	07	1995		12	12	2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependientes económicos 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.
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 entregue 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 expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, SMMS, 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 tiempos 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 los datos 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

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

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MI [ ] * [ ] TI [ ] CD [ ] CE [ ] SI [ ] 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 jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de inclusión 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 los jueces donde suspenden en los casos donde la calidad de beneficiario o perdiendo 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

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA	MES	AÑO	97. 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.

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.





Cargo: ayudante

EPS: coosalud

FDP: no ha cotizado

Dirección: avenida 9 #3-145 barrio la unión

Celular: 3002095387

Curso de alturas: no tiene

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

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 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

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. 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 [ ] B. Independiente [X] 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.C [ ] C.E [ ] S.C [ ] C.D [ ] A.S [ ] P.T [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1 010 . 511 . 403
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] 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 [ ] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENGUETA 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: CABECERA [ ] CENTRO AMPLIADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] 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	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
01		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
02		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
03		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
04		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
05		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. FECHA DISCAPACIDAD SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. BENEFICIARIO REPORTADO SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA	CENTRO AMPLIADO	RURAL DISPERSO	CENTRO RURAL
01							I. II. III.												
02							I. II. III.												
03							I. II. III.												
04							I. II. III.												
05							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 DILIGENCIAR POR LA EPS)
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: NIT [X] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
57. Número del documento de identificación: 902 013 228 - 0
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): PEQUEÑA
59. Ubicación: CL 18 # 2E - 40 — TELÉFONO FIJO: 3116188884 — CORREO ELECTRÓNICO: U1191@[illegible]gmail.com — DEPARTAMENTO: NORTE DE SDER — MUNICIPIO/DISTRITO: CUCUTA

B. REPORTE DE NOVEDADES

62. 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. INGRESO DE PADRE A TRAVÉS DE LOS TRÁMITES 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 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

51. 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 A PAGARME LOS 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 interrupción 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 CoosaludEPS establezcan 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 Gobierno 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: ANDRES 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: 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 públicas, 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.

Vigilado Supersalud





Cargo: ayudante

EPS:nueva eps

FDP: colpensiones

Dirección: ak47 corregimiento la laguna Salazar

Celular: 3103642595

Curso alturas: no tiene

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		p218'tz3	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 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

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

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

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 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





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.