# ACTA DE INICIO

| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO No. | FECHA |
|---|---|---|
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA | 565 | 17 de Diciembre de 2025 |
| **Objeto:** | INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA Y AMBIENTAL AL MEJORAMIENTO RED VIAL (EN PUNTOS CRITICOS LOCALIZADOS EN TRAMOS VIALES) DE LA ZONA SUR DEL MUNICIPIO DE TAURAMENA | |

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE TAURAMENA |
| **CONTRATISTA** | INGENIERIA Y ARQUITECTURA ESPECIALIZADA S.A.S. |
| **NIT CONTRATISTA** | 844.002.476-3 |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | EDGAR JAVIER LOPEZ CIPRIAN |
| **C.C** | 74.180.496 de Sogamoso |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 39,199,999.00 |
| **VALOR ANTICIPO (50%)** | $19,599,999.50 |
| **PLAZO** | DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS |
| **INTERVENTORIA** | N.A. |
| **SUPERVISIÓN** | LINO RODRIGUEZ OCHOA<br>SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA |
| **APOYO A LA SUPERVISIÓN** | WILSON VILLAMIL HERNÁNDEZ |
| **FECHA PRESENTE ACTA** | 9 de febrero de 2026 |
| **FECHA DE TERMINACION:** | 24 de abril de 2026 |

En Tauramena nos reunimos: EDGAR JAVIER LOPEZ CIPRIAN, como Representante Legal de INGENIERIA Y ARQUITECTURA ESPECIALIZADA S.A.S., en calidad de Contratista, WILSON VILLAMIL HERNÁNDEZ, como Profesional de Apoyo a la Supervisión y LINO RODRIGUEZ OCHOA, como Secretario de Infraestructura, con el fin de suscribir la presente acta de ejecución contractual, atendiendo a las siguientes consideraciones:

1. El contratista conoce y acepta todas y cada una de las cláusulas establecidas en el Contrato de la referencia.
2. Que el contratista debe ceñirse a las especificaciones técnicas generales inherentes al contrato a desarrollar y a las particulares cuando se considere pertinente por razones netamente técnicas y de beneficio para el contrato.
3. El Contratista presenta soportes de afiliación de salud, pensiones y riesgos profesionales del personal que inicia el desarrollo del contrato

**Afiliaciones del personal:**

| No. | NOMBRE | CARGO | MAT. PROFESIONAL | No. CEDULA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CRISTIAN CAMILO CRUZ FRANCO | Residente de Obra | 091037-0716356 CND | 1.006.415.205 |

4. Que el contratista presentó las pólizas No. 175410 y 18150, expedidas el día 26 de diciembre de 2025 por la compañía SEGUREXPO DE COLOMBIA S.A., Nit.860.009.195-9, en la que se relacionan las garantias exigidas en la clausula SÉPTIMA del Contrato de Interventoría No. 565 de 2025, las cuales fueron aprobadas por la Oficina Asesora Jurídica.
5. Que el ejecutor realizó el pago de las correspondientes estampillas: Pro-cultura, Pro-centros de bienestar del anciano y Tasa Pro Deporte y recreación.
6. Se verificó el cumplimiento de los requisitos deperfeccionamiento y ejecución del contrato, según lo esblacido en la cláusula Décima Séptima.

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

Por el Municipio:

LINO RODRIGUEZ OCHOA
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA

WILSON VILLAMIL HERNÁNDEZ
PROF. DE APOYO SEC. INFRAESTRUCTURA

Por el Contratista:

EDGAR JAVIER LOPEZ CIPRIAN
R/L INGENIERIA Y ARQUITECTURA ESPECIALIZADA S.A.S.

# ACTA DE INICIO

| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO No. | FECHA |
|---|---|---|
| CONTRATO DE INTERVENTORÍA | 565 | 17 de Diciembre de 2025 |
| **Objeto:** | INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANC ERA, CONTABLE, JURÍDICA Y AMBIENTAL AL MEJORAMIENTO RED VIAL (EN PUNTOS CRITICOS LOCALIZADOS EN TRAMOS VIALES) DE LA ZONA SUR DEL MUNICIPIO DE TAURAMENA | |

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE TAURAMENA |
| **CONTRATISTA** | INGENIERIA Y ARQUITECTURA ESPECIALIZADA S.A.S. |
| **NIT CONTRATISTA** | 844.002.476-3 |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | EDGAR JAVIER LOPEZ CIPRIAN |
| **C.C** | 74.180.496 de Sogamoso |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 39,199,999.00 |
| **VALOR ANTICIPO (50%)** | $19,599,999.50 |
| **PLAZO** | DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DIAS |
| **INTERVENTORIA** | N.A. |
| **SUPERVISIÓN** | LINO RODRIGUEZ OCHOA<br>SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA |
| **APOYO A LA SUPERVISIÓN** | WILSON VILLAMIL HERNÁNDEZ |
| **FECHA PRESENTE ACTA** | 9 de febrero de 2026 |
| **FECHA DE TERMINACION:** | 24 de abril de 2026 |

En Tauramena nos reunimos: EDGAR JAVIER LOPEZ CIPRIAN, como Representante Legal de INGENIERIA Y ARQUITECTURA ESPECIALIZADA S.A.S., en calidad de Contratista, WILSON VILLAMIL HERNÁNDEZ, como Profesional de Apoyo a la Supervisión y LINO RODRIGUEZ OCHOA, como Secretario de Infraestructura, con el fin de suscribir la presente acta de ejecución contractual, atendiendo a las siguientes consideraciones:

1. El contratista conoce y acepta todas y cada una de las cláusulas establecidas en el Contrato de la referencia.
2. Que el contratista debe ceñirse a las especificaciones técnicas generales inherentes al contrato a desarrollar y a las particulares cuando se considere pertinente por razones netamente técnicas y de beneficio para el contrato.
3. El Contratista presenta soportes de afiliación de salud, pensiones y riesgos profesionales del personal que inicia el desarrollo del contrato

**Afiliaciones del personal:**

| No. | NOMBRE | CARGO | MAT. PROFESIONAL | No. CEDULA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | CRISTIAN CAMILO CRUZ FRANCO | Residente de Obra | 091037-0716356 CND | 1.006.415.205 |

4. Que el contratista presentó las pólizas No. 175410 y 18150, expedidas el día 26 de diciembre de 2025 por la compañía SEGUREXPO DE COLOMBIA S.A., Nit.860.009.195-9, en la que se relacionan las garantias exigidas en la clausula SÉPTIMA del Contrato de Interventoría No. 565 de 2025, las cuales fueron aprobadas por la Oficina Asesora Jurídica.
5. Que el ejecutor realizó el pago de las correspondientes estampillas: Pro-cultura, Pro-centros de bienestar del anciano y Tasa Pro Deporte y recreación.
6. Se verificó el cumplimiento de los requisitos deperfeccionamiento y ejecución del contrato, según lo esblacido en la cláusula Décima Séptima.

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

Por el Municipio:

LINO RODRIGUEZ OCHOA
SECRETARIO DE INFRAESTRUCTURA

WILSON VILLAMIL HERNÁNDEZ
PROF. DE APOYO SEC. INFRAESTRUCTURA

Por el Contratista:

EDGAR JAVIER LOPEZ CIPRIAN
R/L INGENIERIA Y ARQUITECTURA ESPECIALIZADA S.A.S.

CER_AFI_2026016232089

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

CRISTIAN CAMILO CRUZ FRANCO identificado con CC. 1006415205 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y/o Razón Social** | INGENIERIA Y ARQUITECTURA | **Tipo y Numero de Documento** | NI - 844002476 |

**INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio de Cobertura** | 2026/02/07 | **Tipo de Vinculación** | Dependiente |
| **Estado de Afiliación** | Activa | **Fecha Retiro** | No registra |
| **Clase de Riesgo** | 5 | **Código Actividad Económica** | 5422001 |

Esta certificación se expide a los 6 días del mes de febrero del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC06022026N1006415205A7251936.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT. 800.251.440-6

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| CRUZ | FRANCO | CRISTIAN | CAMILO |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CE | 1006415205 | Femenino Masculino X | F M X T NB Otro Cuál | COLOMBIANO |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | COLOMBIA | META | VILLAVICENCIO | 26/10/1999 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| POSITIVA | PORVENIR | 1750905 | |

26. Residencia Dirección: CR 7 # 8 G 14 — Teléfono Fijo:

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3103441145 | CRUZFRANCOCRISTIANCAMILO@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| META | VILLAVICENCIO | | Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado X 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: País / Departamento / Municipio | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | | |

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

A. AFILIACIÓN

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

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| INGENIERIA & ARQUITECTURA ESPECIALIZADA | NIT | 844002476 | |

59. Ubicación

| Dirección | Teléfono fijo o Celular |
|---|---|
| CR 29 17 59 INC CA 4 | 3106977000 |

| Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito |
|---|---|---|
| ingenare.sas.conlab@gmail.com | META | VILLAVICENCIO |

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 |
|---|---|---|---|
| CRUZ | FRANCO | CRISTIAN | CAMILO |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| NIT | 844002476 | Femenino [ ] Masculino [X] | F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál | 26 10 1999 |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| SANITAS | 06 02 2026 | Código | COMFACA |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

## IX. FIRMAS

| 80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional | 81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |
|---|---|
| Cristian Cruz | ESCALA JAVIER LOPEZ |

## X. ANEXOS

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

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación (D D M M A A A A) | 97. Fecha de validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

OBSERVACIONES:

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

| Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

B. REPORTE DE NOVEDADES

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:

**CRISTIAN CAMILO CRUZ FRANCO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.415.205**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

Cofrem

# FORMATO
# "AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR"

Página 1 de 1 | Versión: 20

Dependencia Generadora: **División de Subsidios** | Código: **PD-170-01-F01** | F. Vigencia: **2025-02-18**

Para su diligenciamiento: letra imprenta en original, legible, sin tachones, ni enmendaduras, con información clara completa, firmada por el Trabajador y el Empleador. Su diligenciamiento incorrecto o de los anexos, ocasionará la devolución y su afiliación no será efectiva.

## SELECCIONE TIPO DE AFILIACIÓN (Señale con una X)

Fecha de Diligenciamiento: 5 02 26 | Afiliación primera vez | Adición personas a cargo | Reafiliacion: X | Veteranos (Ley 1979/2019)

Nombre de Empleador: INGENIERIA Y ARQUITECTURA ESPECIALIZADA | NIT X | CC | CE | No: 844002476

Dirección Principal Empleador: CR 29 1759 IN C CAY. | Celular: 3106977006

## DATOS DEL TRABAJADOR (A)

Primer Apellido: CRUZ | Segundo Apellido: FRANCO | Nombres: CRISTIAN CAMILO | TI X | CE | PEP | PPT | No: 1006415205

Fecha de Nacimiento: 26 10 1999 | Fecha de Expedición Documento: 03 11 2017 | Sexo: M X | F | NB | Celular: 3103441145

Cargo: AYUDANTE OBRA | Salario Básico Mensual: 1750905 | Fijo | Variable X | Tipo de Contrato: I X

Fecha de Ingreso: 06 02 2026 | Correo Electrónico: CRUZFRANCOCRISTIANCAMILO@GMAIL.COM.

Dirección Residencia: CR 7 #86-14 | Barrio/Vereda: CENTRO | Ciudad/Municipio: UCO | Rural | Urbano X | País: COLOMBIA.

Resguardo: | Pueblo Indígena:

Dirección de la Empresa donde Labora: CR 29 #59 IN C CY. | Barrio/Vereda: CENTRO | Ciudad/Municipio: UCO-META | Rural | Urbano X | País: COLOMBIA.

Profesión: | Empleador Anterior: | Fecha de Retiro: DD MM AAAA

## SEÑALE CON UNA X

| ESTADO CIVIL | | | | | | | ORIENTACION SEXUAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Soltero(a) | Casado(a) | Separado(a) | Unión libre | Divorciado(a) | Viudo(a) | | Heterosexual X | Bisexual | Homosexual | No disponible | |

## NIVEL DE ESCOLARIDAD

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Preescolar | Básica | Secundaria | Media | Básica Adultos | Secundaria Adulto X | Media Adultos |
| 1º Infancia | Técnico Profesional | Tecnólogo | Profesional Universitario | Posgrado/Maestría | Secundaria Normalista | Ninguno / Información No Disponible |

## PERTENENCIA ETNICA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Afrocolombiano | Indigena | Comunidad Negra | Palenquero | Room/Gitano | No disponible X | No se autoreconoce | Raizal del Archi de San Andrés Prov. y Sta. Catalina |

## FACTOR VULNERABLE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| En Condición Discapacidad | Desplazado | Damnificado Desastre Natural | Desmovilizado o Reinsertado | Población Zonas Fronteras | No disponible |
| Vic. Conflicto Armado no Desplazado | Ejercicio Trabajo Sexual | Hijo(a) Familia de Madre Cabeza | Hijo(a) Desmovilizado o Reinsertado | Población Migrante | No aplica X |

## DATOS DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO

Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | CC | TI | CE | PEP | PPT | No.

Fecha de Nacimiento | Fecha de Expedición | Dirección: | Barrio: | Ciudad:

Correo Electrónico: | Celular:

Nombre del Empleador donde Trabaja: | Profesión: | Salario Básico Mensual $: | Recibe Cuota Monetaria | SI | NO

## DATOS DE PADRES, HIJOS, HIJASTROS Y HERMANOS HUERFANOS O BENEFICIARIOS EN CUSTODIA

| Nombres y Apellidos | Fecha de Nacimiento | Tipo Documento | Número de Identificación | Fecha de Expedición | Sexo F | Sexo M | Parentesco | Discapacidad SI | Discapacidad NO | Municipio de Residencia | Rural | Urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

## DATOS DE OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA

| NOMBRE DEL EMPLEADOR | NIT | FECHA DE INGRESO |
|---|---|---|
| | | DD MM AAAA |
| | | DD MM AAAA |

Recuerde que aun si la madre de las personas a cargo no hace parte de su grupo familiar, será la titular autorizada para el cobro del subsidio familiar, motivo por el cual para afiliar estos beneficiarios deberá aportar documento de identidad vigente de los menores y los datos solicitados a continuación:

| Si el titular autorizado para reclamar las cuotas monetarias es diferente al cónyuge y/o trabajador, diligenciar los siguientes datos: | Nombre: | Correo electrónico: | Celular: |
|---|---|---|---|

Bajo la gravedad de juramento declaro que esta información ha sido examinada por mí y que todos los datos aquí relacionados son verídicos y exactos. El suministro de datos falsos por parte del empleador a la respectiva Caja y la violación de las normas sobre salarios mínimos es causal de desafiliación según el artículo 45 de la ley 21 de 1982.

**AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**, autorizo de manera voluntaria y explícita a los servicios y dependencias de COFREM, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, para tratar mi información personal incluyendo datos sensibles, de acuerdo con los establecidos en la política de tratamiento de datos personales de COFREM disponible en www.cofrem.com.co , información que será utilizada para las siguientes finalidades.

- Garantizar el ejercicio de los derechos como afiliado y usuario de los servicios en el desarrollo de las funciones propias que la Caja de compensación Familiar ofrece a sus afiliados, usuarios y público en general, por sí misma o mediante su encargo a terceros como integrante del Sistema de Protección Social.
- Lograr una eficiente comunicación de nuestros servicios sociales, programas, alianzas, estudios, concursos, rifas, sorteos, promociones o cambios relacionados con los mismos y demás actividades relacionadas.
- Evaluar la calidad de los servicios y realizar investigaciones de preferencias y hábitos de consumo de acuerdo a los servicios ofrecidos por la caja de compensación.
- Realizar estudios a través de instituciones, asociaciones o entidades relacionadas con el Sistema de Subsidios Familiar.
- Ofrecer servicios de nuestra red de afiliados a nivel regional o nacional y con la Cajas de Compensación Familiar de otros departamentos.

Los datos personales obtenidos de su afiliación, solicitud, prestación de servicios o relación con la Caja de Compensación, serán tratados para las finalidades anteriormente indicados durante el tiempo de afiliación del trabajador y sus beneficiarios. La información se encuentra almacenada en las bases de datos hasta cuando por obligación legal, contractual y de conformidad a la política de tratamiento y seguridad de los datos personales debamos mantenerlos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos autorizar, conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información suministrada o revocar la autorización otorgada a través del correo electrónico protecciondedatos@cofrem.com.co. Dichas bases de datos se conservan y administran bajo responsabilidad de COFREM o los terceros que para tal fin se designan.

Vigilado Supersubsidio

Cristian Cruz | Cristian Cruz

FIRMA DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL EMPLEADOR | FIRMA A RUEGO DEL TRABAJADOR | FIRMA A RUEGO DEL EMPLEADOR

Nota: en caso de que el trabajador o el empleador manifiesten no saber o no poder firmar, se autoriza el uso de la huella o la firma a ruego en presencia de la Coordinador de Servicio al Cliente en Villavicencio y en municipios los Jefes de Zona y la Coordinadora de Centro de Servicios de Puerto Gaitán, de acuerdo con la solicitud.

Con la firma de este formato acepto los términos, condiciones y tratamiento de sus datos personales. En caso de no autorizar, marque con una X la siguiente casilla

Tauramena, 6 de febrero de 2026

Ingeniero
**WILSON VILLAMIL HERNÁNDEZ**
Profesional Contratado
Secretaría de Infraestructura
Contrato Prestación Servicios No. 030 de 2026

Recibido:

**Ref.:** Contrato de Interventoría No. 565 del 17 de diciembre de 2025

**Asunto:** Asignación de contrato para Apoyo a la Supervisión.

Cordial saludo,

Por medio del presente escrito, me permito remitir copia magnética del contrato de Interventoría No. 565 del 17 de diciembre de 2025, cuyo objeto es: ***"INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA Y AMBIENTAL AL MEJORAMIENTO RED VIAL (EN PUNTOS CRITICOS LOCALIZADOS EN TRAMOS VIALES) DE LA ZONA SUR DEL MUNICIPIO DE TAURAMENA"***, para efectos de realizar apoyo a la supervisión del mismo, la cual deberá realizarse en los términos del artículo décimo sexto del decreto No. 029 de 2004 expedido por el Alcalde municipal y normas vigentes sobre la materia.

El apoyo a la supervisión deberá ser ejercido directamente sobre la ejecución del contrato de Interventoría No. 565 del 17 de diciembre de 2025, el cual se hará desde el aspecto técnico y administrativo. Así mismo deberá suscribir las actas a que haya lugar.

De igual manera, deberá colocar en conocimiento cualquier circunstancia contraria a lo consagrado en la constitución, leyes, decretos y al contrato mismo. Cabe anotar, que debe adelantar todos los actos pertinentes para la publicación de las actas suscritas en el portal único de contratación www.colombiacompra.gov.co, en la fecha de su expedición o a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes.

Hasta otra oportunidad.

**LINO RODRÍGUEZ OCHOA**
Secretario de Infraestructura

Digitó: Nidia C.

*GESTIÓN DOCUMENTAL.*
*Original: Oficina Asesora Juridica (Carpeta del contrato)*