(22)

**GRANULADOS RECICLADOS DE COLOMBIA GRECO S A S**
**900767473-7**
KM 1.5 AUT MEDELLIN COSTADO SUR COSTADO SUR
COTA
Tel: 3158729749 Fax:

**REMISION**

**Número:** RMV-00077257
**Fecha:** 08/07/2025
**Página:** 1 de 1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Cliente:** | INGENIERIA DINO - DISEÑOS, CONSULTORIA | **Transportador** | |
| **Contacto:** | INGENIERIA DINO - DISEÑOS, CONSULTORIA | - | |
| **Nit o C.C.:** | 901798659 **Código:** 901798659 | **Placa:** | **Guía:** **Cajas:** 0 |
| **Dirección:** | CL 19 NO. 20 76 | **Vendedor** | |
| **Ciudad:** | BOGOTA D.C. | 1073247319 BERBEO RODRIGUEZ LEIDY MARIANA | |
| **Teléfono:** | | **OC.Nro** / **Docto.Alt.** | **P.V. Nro.** PV-00007329 |
| **Fax:** | | | |

| Item | Mot | Lote | U.M. | Cant. despachada |
|---|---|---|---|---|
| 0001064 ARIDO RECICLADO BASE GRANULAR | 11 | | M3 | 15,000 |
| | | | **Total** | 15,000 |

**Observación:**
PLACA SZO642 FRENTE SUBA SIN VALE; PESO NETO: 21.75 TN

fragudelo
**ELABORADO**

fragudelo
**APROBADO**

**RECIBIDO**

21

**GRANULADOS RECICLADOS DE COLOMBIA GRECO S A S**
**900767473-7**
KM 1.5 AUT MEDELLIN COSTADO SUR COSTADO SUR
COTA
Tel: 3158729749 Fax:

**REMISION**

**Número:** RMV-00077258
**Fecha:** 08/07/2025
**Página:** 1 de 1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Cliente:** | INGENIERIA DINO - DISEÑOS, CONSULTORIA | **Transportador** | |
| **Contacto:** | INGENIERIA DINO - DISEÑOS, CONSULTORIA | - | |
| **Nit o C.C.:** | 901798659 **Código:** 901798659 | **Placa:** | **Guía:** **Cajas:** 0 |
| **Dirección:** | CL 19 NO. 20 76 | **Vendedor** | |
| **Ciudad:** | BOGOTA D.C. | 1073247319 BERBEO RODRIGUEZ LEIDY MARIANA | |
| **Teléfono:** | | **OC.Nro** / **Docto.Alt.** | **P.V. Nro.** PV-00007329 |
| **Fax:** | | | |

| Item | Mot | Lote | U.M. | Cant. despachada |
|---|---|---|---|---|
| 0001064 ARIDO RECICLADO BASE GRANULAR | 11 | | M3 | 15,000 |
| | | | **Total** | 15,000 |

**Observación:**
PLACA KUL475 FRENTE SUBA SIN VALE; PESO NETO: 21.75 TN

fragudelo
**ELABORADO**

fragudelo
**APROBADO**

**RECIBIDO**

RECICLADOS INDUSTRIALES
DE COLOMBIA S.A.S.

NIT: 900.360.954-1
Tel. +57 (601) 8759047 / +57 (318) 2153129
Dir. Km 2.5 costado sur vía Bogotá - Siberia
500 mts sobre la vía del parque la Florida

Cliente

Remisión N: RF-163099
Fecha: 2025-07-19 10:44:16
Cajero: Nicoll Placa: VDZ456
Generador:
Cliente: LP INGENIERÍA & CONSTRUCCIONES SAS
Cliente Efectivo:
Recibo No.
Obra: FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA
Ubicación:
Material: SBG-AR 2018
Cantidad Mts: 14,00 $M^3$
Cantidad Ton: 20,89 Ton*
Observaciones:

Todos nuestros materiales granulares son reciclados Después de 48 horas no se aceptan cambios en esta remisión. Para garantizar un ambiente seguro para todos,
confirmó que conozco y entiendo las normas de seguridad de la planta. Me comprometo a cumplirlas en todo momento y a contribuir a un entorno de trabajo seguro
Salida de materiales

Imprimir

Salida de materiales

RECICLADOS INDUSTRIALES
DE COLOMBIA S.A.S.

NIT: 900.360.954-1
Tel. +57 (601) 8759047 / +57 (318) 2153129
Dir. Km 2.5 costado sur vía Bogotá - Siberia
500 mts sobre la vía del parque la Florida
Cota- Cundinamarca
Gestor No. 15
Cliente

Remisión N: RF-163164
Fecha: 2025-07-21 13:02:35
Cajero: Nicoll Placa: KUL475
Generador:
Cliente: LP INGENIERÍA & CONSTRUCCIONES SAS
Cliente Efectivo:
Recibo No.
Obra: FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA
Ubicación:
Material: SBG-AR 2018
Cantidad Mts: 14,00 $M^3$
Cantidad Ton: 20,89 Ton*
Observaciones:

FIRMA CONDUCTOR

Todos nuestros materiales granulares son reciclados Después de 48 horas no se aceptan cambios en esta remisión. Para garantizar un ambiente seguro para todos,
confirmó que conozco y entiendo las normas de seguridad de la planta. Me comprometo a cumplirlas en todo momento y a contribuir a un entorno de trabajo seguro
Salida de materiales

Imprimir

RECICLADOS INDUSTRIALES
DE COLOMBIA S.A.S.

NIT: 900.360.954-1
Tel. +57 (601) 8759047 / +57 (318) 2153129
Dir. Km 2.5 costado sur vía Bogotá - Siberia
500 mts sobre la vía del parque la Florida
Cota- Cundinamarca
Gestor No. 15
Cliente

Remisión N: RF-163294
Fecha: 2025-07-23 10:09:27
Cajero: Nicoll Placa: KUL475
Generador:
Cliente: LP INGENIERÍA & CONSTRUCCIONES SAS
Cliente Efectivo:
Recibo No.
Obra: FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA
Ubicación:
Material: SBG-AR 2018
Cantidad Mts: 14,00 $M^3$
Cantidad Ton: 20,89 Ton*
Observaciones:

FIRMA CONDUCTOR

Todos nuestros materiales granulares son reciclados Después de 48 horas no se aceptan cambios en esta remisión. Para garantizar un ambiente seguro para todos,
confirmó que conozco y entiendo las normas de seguridad de la planta. Me comprometo a cumplirlas en todo momento y a contribuir a un entorno de trabajo seguro
Salida de materiales

Imprimir

RECICLADOS INDUSTRIALES
DE COLOMBIA S.A.S.

NIT: 900.360.954-1
Tel. +57 (601) 8759047 / +57 (318) 2153129
Dir. Km 2.5 costado sur vía Bogotá - Siberia
500 mts sobre la vía del parque la Florida
Cota- Cundinamarca
Gestor No. 15
Cliente

Remisión N: RF-163319
Fecha: 2025-07-23 13:43:11
Cajero: Nicoll Placa: KUL475
Generador:
Cliente: LP INGENIERÍA & CONSTRUCCIONES SAS
Cliente Efectivo:
Recibo No.
Obra FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA
Ubicación:
Material: SBG-AR 2018
Cantidad Mts: 14,00 $M^3$
Cantidad Ton: 20,89 Ton*
Observaciones:

FIRMA CONDUCTOR

Todos nuestros materiales granulares son reciclados
Después de 48 horas no se aceptan cambios en esta remisión. Para garantizar un ambiente seguro para todos,
confirmó que conozco y entiendo las normas de seguridad de la planta. Me comprometo a cumplirlas en todo momento y a contribuir a un entorno de trabajo seguro
Salida de materiales

Imprimir

en todo momento y a contribuir a un entorno de trabajo seguro
Salida de materiales

RECICLADOS INDUSTRIALES
DE COLOMBIA S.A.S.

NIT: 900.360.954-1
Tel. +57 (601) 8759047 / +57 (318) 2153129
Dir. Km 2.5 costado sur vía Bogotá - Siberia
500 mts sobre la vía del parque la Florida
Cota- Cundinamarca
Gestor No. 15
Cliente

Remisión N: RF-163022
Fecha: 2025-07-18 13:01:48
Cajero: Nicoll Placa: KUL475
Generador:
Cliente: LP INGENIERÍA & CONSTRUCCIONES SAS
Cliente Efectivo:
Recibo No.
Obra FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA
Ubicación:
Material: SBG-AR 2018
Cantidad Mts: 14,00 $M^3$
Cantidad Ton: 20,89 Ton*
Observaciones

FIRMA CONDUCTOR

Todos nuestros materiales granulares son reciclados
Después de 48 horas no se aceptan cambios en esta remisión. Para garantizar un ambiente seguro para todos,
confirmó que conozco y entiendo las normas de seguridad de la planta. Me comprometo a cumplirlas en todo momento y a contribuir a un entorno de trabajo seguro
Salida de materiales

Imprimir

RECICLADOS INDUSTRIALES
DE COLOMBIA S.A.S.

NIT: 900.360.954-1
Tel. +57 (601) 8759047 / +57 (318) 2153129
Dir. Km 2.5 costado sur vía Bogotá - Siberia
500 mts sobre la vía del parque la Florida
Cota- Cundinamarca
Gestor No. 15
Cliente

Remisión N: RF-162962
Fecha: 2025-07-18 07:22:36
Cajero: Nicoll Placa: KUL475
Generador:
Cliente: LP INGENIERÍA & CONSTRUCCIONES SAS
Cliente Efectivo:
Recibo No.
Obra FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE SUBA
Ubicación:
Material: SBG-AR 2018
Cantidad Mts: 14,00 $M^3$
Cantidad Ton: 20,89 Ton*
Observaciones:

FIRMA CONDUCTOR

Todos nuestros materiales granulares son reciclados
Después de 48 horas no se aceptan cambios en esta remisión. Para garantizar un ambiente seguro para todos,
confirmó que conozco y entiendo las normas de seguridad de la planta. Me comprometo a cumplirlas en todo momento y a contribuir a un entorno de trabajo seguro
Salida de materiales

Imprimir

# ANEXO No. 8. Aprovechamiento INSITU.

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA LOCAL DE SUBA \| BOGOTÁ | PROCESO GESTIÓN AMBIENTAL<br>FORMATO INFORME APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN IN SITU | Código:<br>Versión: 0<br>Fecha:<br>Página: 1 de 3 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mes y año del Aprovechamiento: | JUNIO DEL 2025 | Fecha de diligenciamiento: | JUNIO |
| Nombre del Proyecto: | CONSORCIO SUBA VIAL VR -1009 | | |
| PIN de obra: | 26985 | | |
| Número de contrato: | 1009 | | |
| Dirección de la obra: | | | |

1. Registro fotográfico del “antes” del sitio que va a ser usado para la reutilización, con referencia de la zona:

Descripción:

El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma

El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma

2. Esquema del área a usar para la reutilización de los RCD (especifique las dimensiones del área para reutilizar)

Alto: Ancho: Largo:

3. Tipo de material a emplear en la reutilización:

Descripción detallada:

4. Descripción de las actividades de aprovechamiento dentro y fuera de la obra: definir el origen del residuo y el coeficiente de compactación del material.

5. Registro fotográfico durante la reutilización:

Descripción:

El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma

El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma

El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma

El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma

6. Registro fotográfico de la finalización del proceso de reutilización:

| | |
|---|---|
| El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma | El registro fotográfico debe tener la fecha y hora de toma |

7. Información de la reutilización:

Cantidad de material total reutilizado: _____ (ton)

Duración del proceso: _____ (meses)

Área final recuperada: _____ (m2)

Valor del % de la reutilización, respecto al total del material utilizado para la construcción de la obra: _____ (%)

8. Comentarios, Conclusiones y/o Justificación de la no reutilización:

Para el periodo correspondiente al mes de Junio en el formato de Aprovechamiento in situ no se ha realizado la cantidades de materiales aprovechables .

RESIDENTE AMBIENTAL

# ANEXO No. 9. Soportes reducción jornada laboral.

**MEMORANDO INFORMATIVO No. 001-2025**

PARA: Personal Consorcio Suba Vial VR
DE: Talento Humano

**Ref. Reducción de la Jornada Laboral**

Estimados Colaboradores,

El consorcio de acuerdo a lo estipulado en la ley 2101 del 15 de julio del 2021, en la cual el gobierno nacional establece la reducción de la jornada laboral en Colombia, la cual pasaría de 46 horas semanales a 44 horas semanales en el año 2025.

Por lo anterior, Consorcio Suba Vial 2025 ha definido y establecido el nuevo horario laboral de la siguiente manera:

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
Sábados de 7:00 a.m. a 11:00 a.m.

Les agradecemos tener en cuenta estos cambios los cuales inician a partir del 15 de julio del 2025.

Cordialmente,



**DIANA CORAL**
Jefe de Personal
CONSORCIO SUBA VIAL VR

| Código: FO-SST-001 | REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | CONSORCIO SUBA VIAL VR |
|---|---|---|
| Version: 01 | | |

| | |
|---|---|
| CONTRATANTE | ALCALDIA LOCAL DE SUBA |
| CONTRATISTA | CONSORCIO SUBA VIAL VR - CTO. 1009 DE 2024 |

**OBJETO DEL CONTRATO**

"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIARIA Y ESPACIOPUBLICO (LOTE 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. Y LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DETALLEN EN EL ANEXO TECNICO"

**LUGAR Y FECHA:** 14-07-2025 - Punto de Atención al ciudadano

**NOMBRE DEL PROFESIONAL** Henry Camilo Duran - Andrea Leiva.

**EMPRESA:** Consorcio Suba vial VR.

**TEMA:** Socialización memorando informativo - Reducción de la jornada laboral.

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 7:15 am.

**TIPO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | CAPACITACIÓN | |
| CHARLA INFORMATIVA | X | ENTRENAMIENTO | |
| | | OTRO | X |

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO | COMPAÑÍA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| Nelly Moreno | 52930228 | Aux. Social | Consorcio Suba vial | Nelly Moreno |
| Paula Granados | 1020807256 | Aux. Social | Consorcio Suba vial | Paula. |
| John Sebastian Ch. | 1019133578 | Aux. Social | Consocio suba vial VR | |
| Alejandra Posada | 1013686837 | Aux Social | Consorcio Suba vial | Alejandra P. |
| Maria Arriaga | 1030520839 | Aux Social | Consorcio Suba vial. | Maria A. |
| Maidy Milaydi Combita | 1033739248 | Residente tecnica | Consorcio Suba vial | |
| Sandra Cuesta | 52118080 | D. obra | C. Suba vial VR | |
| Yeni Bibiana Camacho | 1010012711 | Aux. Ing Civil | C. Suba Vial VR | |
| Nicolas Hernandez | 1015451652 | ALMACENISTA | C Suba Vial VR | |

(Firma) Andrea Leiva.

(Nombre)
Residente SST- AMB

(Firma)

(Nombre)
Residente SST-AMB Interventoria

| Código: FO-SST-001 | REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | CONSORCIO SUBA VIAL VR |
|---|---|---|
| Version: 01 | | |

| | |
|---|---|
| CONTRATANTE | ALCALDIA LOCAL DE SUBA |
| CONTRATISTA | CONSORCIO SUBA VIAL VR - CTO. 1009 DE 2024 |

**OBJETO DEL CONTRATO**

"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIARIA Y ESPACIOPUBLICO (LOTE 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. Y LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DETALLEN EN EL ANEXO TECNICO"

**LUGAR Y FECHA:** 14-07-2025 - Punto de atención al ciudadano

**NOMBRE DEL PROFESIONAL** Henry Camilo Duran - Andrea Leiva

**EMPRESA:** socialización memorando informativo - Reducción de la jornada laboral.

**TEMA:** Consorcio Suba vial UF.

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 7:15am.

**TIPO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | CAPACITACIÓN | |
| CHARLA INFORMATIVA | X | ENTRENAMIENTO | |
| | | OTRO | |

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO | COMPAÑÍA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| Campo Yotelbo | 4966562 | Ayudante | consorcio Suba Vial | |
| CRISTOFER | 6087792 | AYUDANTE OB | CONSORCIO | CRISTOFER |
| Alejandro Acosta | 1013661605 | Residente Amb | Consorcio suba vial VR | |
| Mauro Galindez | 53.161.450 | Residente Social | Consorcio Suba Vial | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(Firma) Andrea Leiva.
(Nombre)
Residente SST- AMB

(Firma)
(Nombre)
Residente SST-AMB Interventoría

| Código: FO-SST-001 | REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | CONSORCIO SUBA VIAL VR |
|---|---|---|
| Version: 01 | | |

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE** | ALCALDIA LOCAL DE SUBA |
| **CONTRATISTA** | CONSORCIO SUBA VIAL VR - CTO. 1009 DE 2024 |

**OBJETO DEL CONTRATO**

"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIARIA Y ESPACIOPUBLICO (LOTE 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. Y LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DETALLEN EN EL ANEXO TECNICO"

**LUGAR Y FECHA:** 14-07-2025 - Tramo Gaitana

**NOMBRE DEL PROFESIONAL** Henry Camilo Duran - Andrea Leiva.

**EMPRESA:** Consorcio Suba vial VR.

**TEMA:** Socialización memorando informativo - Reducción de la jornada laboral.

HORA DE INICIO: 9:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 9:15 am.

**TIPO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | CAPACITACIÓN | |
| CHARLA INFORMATIVA | X | ENTRENAMIENTO | |
| | | OTRO | X |

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO | COMPAÑÍA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| Ernesto Omar Rojo | 6010912 | Ayudante obra | Suba Vial | |
| Andrés M. | 1.720046 | Ayudate | Suba vial | Andrés |
| Daunson Batista | 1143377450 | Ayudante | Suba vial | |
| [illegible] Gonzalez | 1099557851 | Ayudante | Suba vial | |
| Junior camargo | 1103739923 | ayudante | Suba vial | Junior camargo |
| [illegible] | 4255495 | Oficial | [illegible] | |
| Luis felipe | 1032250519 | Ayudante | Suba vial VR | |
| Danitza M. Acevedo A | 1.01688681 | topografo | suba vial VR | |
| ALEJANDRO TORO | 1014208703 | CADENERO | SUBA VR | |

(Firma) Andrea Leiva.
(Nombre)
Residente SST- AMB

(Firma)
(Nombre)
Residente SST-AMB Interventoria

| Código: FO-SST-001 | REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO | CONSORCIO SUBA VIAL VR |
|---|---|---|
| Version: 01 | | |

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE** | ALCALDIA LOCAL DE SUBA |
| **CONTRATISTA** | CONSORCIO SUBA VIAL VR - CTO. 1009 DE 2024 |

**OBJETO DEL CONTRATO**

"EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIARIA Y ESPACIOPUBLICO (LOTE 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. Y LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DETALLEN EN EL ANEXO TECNICO"

**LUGAR Y FECHA:** 14-07-2025 - Promo San Carlos -

**NOMBRE DEL PROFESIONAL** Henry Camilo Arian - Andrea Leiva.

**EMPRESA:** Consorcio Suba vial VR.

**TEMA:** Socialización memorando informativo - Reducción de la jornada laboral.

HORA DE INICIO: 11:10 am HORA DE TERMINACIÓN: 11:30 am.

**TIPO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDUCCIÓN | | CAPACITACIÓN | |
| CHARLA INFORMATIVA | X. | ENTRENAMIENTO | |
| | | OTRO | X |

| NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | CARGO | COMPAÑÍA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| Sran camilo | 1024535165 | OP mm. | Consorcio Suba Vial VR. | |
| Rigoberto Muñoz B. | 1069716493 | OP. Vibro | consorcio VRR | |
| Victor Alfonso H | 1045B6473 | Ayudante | CONSORCIO | |
| Karday Cano | 1A0923082 | Ayudante obra | Cusai VR | |
| Isaac David La Rotta | 1107111990 | Ayudante obra | consorcio Suba vial | |
| Jorge Luis Berio | 92471737 | Ayudante | Consorcio Suba | |
| David Zarate | 1102845506 | Ayudante | Consorcio suba vial | |
| Soel Avila | 1067407088 | Ayudante de obra | Consorcio Suba | |
| Ferney Silva | 79.884.234 | Insp. Obra. | Consorcio suba vial VR | |

(Firma) Andrea Leiva.
(Nombre)
Residente SST- AMB

(Firma)
(Nombre)
Residente SST-AMB Interventoria

# ANEXO No. 10. Cronograma de trabajo y capacitaciones.

CONSORCIO SUBA VIAL VR

# PLAN DE TRABAJO ACTIVIDADES Y CAPACITACIONES DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA EL PROYECTO

| Codigo: SG-SST - 007 |
|---|
| Versión:01 |
| Marzo de 2025 |

**OBJETO: "EJECUTAR A PRECIOS UNITARIOS LAS ACTIVIDADES PARA LA CONSERVACIÓN DE LA MALLA VIAL LOCAL E INTERMEDIARIA Y ESPACIOPUBLICO (LOTE 1) EN LA LOCALIDAD DE SUBA EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. Y LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE SE DETALLEN EN EL ANEXO TECNICO"**

| ACTIVIDADES | MES 1 abr-25 | | | | MES 2 may-25 | | | | MES 3 jun-25 | | | | MES 4 jul-25 | | | | MES 5 ago-25 | | | | MES 6 sep-25 | | | | MES 7 oct-25 | | | | MES 8 nov-25 | | | | MES 9 dic-25 | | | | MES 10 ene-26 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ADECUACIÓN DEL SGSST PARA EL PROYECTO | | | | P | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | E | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ( INDUCCIONES Y NOTIFICACIONES DE RIESGO) | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOCIALIZACION DE LAS POLITICAS INTERNAS EN SGSST A TODO EL PERSONAL(INDUCCION) | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AFILIACIONES AL SGSS: | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAGOS AL SGSS: | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDUCCION — GENERAL: (SGSS, AT, EP, Plan de emergencia, EPP, Notificacion derecho examen egreso) | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDUCCION — NOTIFICACION DE RIESGOS | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COPASST — PLAN DE TRABAJO — INVESTIGACION DE ACCIDENTES, (cuando ocurran), | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COPASST — PLAN DE TRABAJO — CONFORMACION | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COPASST — PLAN DE TRABAJO — REUNIONES MENSUALES | | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | |
| | | | | | E | | | | E | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL — PLAN DE TRABAJO — CONFORMACION | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMITE DE CONVIVENCIA LABORAL — PLAN DE TRABAJO — REUNIONES TRIMESTRALES | | | | | P | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | P |
| | | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICINA PREVENTIVA** | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMISION EPS Y ESPECIALISTAS ( NOTIFICACIÓN) | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMPAÑAS/ CAPACITACIONES — PREVENCIÓN DE ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN Y TABAQUISMO | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICINA DEL TRABAJO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMENES DE INGRESO Y EGRESO | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUSENTISMO LABORAL | | | | | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P |
| | | | | | | | | E | | | | E | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HIGIENE INDUSTRIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS, | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNIDADES SANITARIAS /EN CONJUNTO CON EL AREA AMBIENTAL MANTENIMIENTOS, ESTOS MTTO SE REPORTAN EN [illegible] | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEGURIDAD INDUSTRIAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTUALIZACIÓN DE MATRIZ DE RIESGOS | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSPECCIONES PERIODI — INSPECCIÓN VEHICULOS Y MAQUINARIAS | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P |
| | | | | E | | | | E | | | | E | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSPECCIONES PERIODI — INSPECCIONES LOCATIVAS | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P |
| | | | | E | | | | E | | | | E | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSPECCIONES PERIODI — INSPECCION DE USO DE EPP | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P |
| | | | | E | | | | E | | | | E | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSPECCIONES PERIODI — INSPECCION DE BOTIQUINES | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P |
| | | | | E | | | | E | | | | E | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSPECCIONES PERIODI — INSPECCIONES DE EXTINTORES | | | | P | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | P |
| | | | | E | | | | | | | | | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSPECCIONES PERIODI — INSPECCION DE SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P | | | | P |
| | | | | E | | | | E | | | | E | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENTREGA DE DOTACIÓN Y REPOSICION DE EPP | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REPORTE E INVESTIGACION Y ELABORACION DE INFORME DE INCIDENTES Y ACCIDENTES, Si aplica | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOCIALIZACION PROCEDIMIENTOS: En la inducción | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — CAUSAS Y CONSECUENCIA DE LOS ACCIDENTES | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — RIESGO BIOMECANICO | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — USO CORRECTO DE TAPABOCAS | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — MATERIAL PARTICULADO, la importancia de utilizar el tapabocas | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — RUIDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — PREVENCION DE INCENDIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — SUPERFICIE DE TRABAJO IRREGULARES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — CUIDADO DE OJOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAPACITACIÓN — RIESGO PÚBLICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PLAN DE EMERGENCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOCIALIZACION PLAN DE EMERGENCIAS ( En la inducción) | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrega y Reposición de Elementos de los Botiquines | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reporte y atención de emergencias | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P | P |
| | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Simulacro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | P | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO | 18 | 18 | 18 | 26 | 22 | 19 | 18 | 26 | 19 | 18 | 18 | 25 | 19 | 18 | 19 | 25 | 20 | 18 | 19 | 24 | 19 | 19 | 18 | 24 | 20 | 18 | 18 | 25 | 19 | 19 | 20 | 24 | 19 | 18 | 19 | 24 | 19 | 18 | 19 | 26 |
| ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL PERIODO | 19 | 18 | 18 | 26 | 22 | 19 | 18 | 26 | 19 | 18 | 18 | 25 | 19 | 18 | 19 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | %00 | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |

| CONVENCIONES | |
|---|---|
| P | PROGRAMADO |
| E | EJECUTADO |
| R | REPROGRAMADO |

**RESIDENTE SST**

**NOTA:** ESTE PLAN DE TRABAJO ESTA SUJETO A CAMBIOS POR ACTIVIDADES DEL PROYECTO

# ANEXO No. 11. Documentación de personal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.584.356**

**RENGIFO PASTRANA**

APELLIDOS

**CARLOS ALFREDO**

NOMBRES

Carlos Alfredo R.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-1995**

**CIENAGA DE ORO**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.70** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**18-ABR-2017 CIENAGA DE ORO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1301300-00905174-M-1007584356-20170513 0055424003A 3 48849447

Medellín, 15 de Julio de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1007584356 | RENGIFO PASTRANA CARLOS ALFREDO | 16/07/2025 | | sOe12516 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C799470812519654376

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2025 15:06:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.221.69, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015163011 | 2\|2\|0\|7\|2\|0\|2\|5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) 

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | B. Colectiva ☐ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| RENGIFO (Primer apellido) | PASTRANA (Segundo apellido) | CARLOS (Primer nombre) | ALFREDO (Segundo nombre) |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1007584356 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: COLOMBIA | Departamento: CORDOBA | Municipio: CIENAGA DE ORO | | 1\|2\|0\|7\|1\|9\|9\|5 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ No ☒ |
|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel ☐ Grupo ☐ | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PROTECCION | 1423500 | |

| 26.Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| CL 132 B 126 A 39 BRR SUBA GAITANA (Dirección) | Telefono fijo | 3214240622 (Telefono celular) | RENGIFOCARLOS536@GMAIL.COM (Correo electronico) |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | SUBA | Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

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

| 35. Apellidos y nombres | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA | VSCLINSUBA - VSCLINSUBA |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO SUBA VIAL VR | NIT | 901903833 | 01 |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección) | 6559899 (Teléfono fijo o celular) | RH.SUBAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico) | BOGOTA (Departamento) | BOGOTA (Municipio/distrito) |

| No de Radicacion |
|---|
| 4015163011 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | 62. Sexo biológico | 63.Sexo identificación | 64.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

| 65.EPS anterior | 66.Fecha de Novedad | 67.Motivo de traslado Código: | 68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 1\|6\|0\|7\|2\|0\|2\|5 | ☐ | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72.☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73.☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 76.☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

Carlos Alfredo R.

**80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario**

**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.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

## 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 documento de identidad | Número documento de identidad | 95.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| ☐ | | |
| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | |

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **RENGIFO PASTRANA CARLOS ALFREDO** identificado(a) con **CC** número **1.007.584.356** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de febrero de 2018 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 15 de julio 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/**

Carlos Mario Osuna Rosario


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.002.250.337
OSUNA ROSARIO
APELLIDOS
CARLOS MARIO
NOMBRES
CARLOS OSUNA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-NOV-1995
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-ENE-2014 SANTA CATALINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-0509100-00549051-M-1002250337-20140222 0037341997A 1 41440922

ARL | sura

Medellín, 16 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1002250337 | OSUNA ROSARIO CARLOS MARIO | 17/07/2025 | | 212¹1421 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/07/2025 11:07:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.221.69, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADRES

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1002250337 |
| NOMBRES | CARLOS MARIO |
| APELLIDOS | OSUNA ROSARIO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOLIVAR |
| MUNICIPIO | CARTAGENA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS -CM | CONTRIBUTIVO | 01/10/2006 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| **Fecha de Impresión:** | 07/10/2025 16:25:25 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

# Protección

**Fondo de Cesantías Protección**

**NIT 800.170.494**

**Hace constar que:**

El(La) Señor(a) **CARLOS MARIO OSUNA ROSARIO** identificado(a) con **CC** número **1.002.250.337** se encuentra afiliado (a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 15 de julio de 2025.

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 15 de julio 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/**

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.129.486.445**

**MARQUEZ GUZMAN**

APELLIDOS

**JOSE LORENZO**

NOMBRES

Jose

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-2004**

**BARRANQUILLA**
**(ATLANTICO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.66** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**M** SEXO

**09-AGO-2022 BARRANQUILLA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0300150-01329782-M-1129486445-20221118 0090587177A 2 8505357276

ARL | sura

Medellín, 27 de June de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6.96 % |
| C1129486445 | MARQUEZ GUZMAN JOSE LORENZO | 01/07/2025 | | 61i208gw | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 27/06/2025 17:16:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.154.30.130, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015073188 | 0\|7\|0\|7\|2\|0\|2\|5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) 

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| MARQUEZ (Primer apellido) | GUZMAN (Segundo apellido) | JOSE (Primer nombre) | LORENZO (Segundo nombre) |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1129486445 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: COLOMBIA | Departamento: ATLANTICO | Municipio: BARRANQUILLA | 1\|8\|0\|5\|2\|0\|0\|4 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ No ☒ |
|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel | Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CR 92 131 B 15 BRR RINCON | | 3019341556 | JACQUELINEHERRERAGUZMAN@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | SUBA | Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

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

| 35. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA | VSCLINSUBA - VSCLINSUBA |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO SUBA VIAL VR | NIT | 901903833 | 01 |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección) | 6559899 (Teléfono fijo o celular) | RH.SUBAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico) | BOGOTA (Departamento) | BOGOTA (Municipio/distrito) |

porvenir

# Fondo de Pensiones Obligatorias
## Solicitud de Vinculación o Traslado

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. Nit. 800.144.331-3

N° 23762357

23762357

RRZZDDAA | Ciudad | Fecha de Solicitud de Afiliación 2025 07 01

### 1. Tipo de Vinculación

**Vinculación Inicial**
Marque con una X si el solicitante va a cotizar por primera vez, y no ha estado afiliado nunca a una Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) o Caja de Prevención Social y desea vincularse a Porvenir.
Pensiones Obligatorias /

**Traslado de Fondos de Pensiones (AFP)**
(Permanencia mínima de 6 meses en otra AFP)
Pensiones Obligatorias
Entidad de Origen | Pensión Familiar
Entidad de Destino

**Traslado de Régimen**
Marque con una X si el solicitante ha estado vinculado al régimen de prima media en alguna entidad oficial, en Colpensiones o cajas de Prevensión Social, durante más de 5 años y desea vincularse a Porvenir.
Entidad Origen
Pensión Familiar
Entidad Destino

### 2. Datos Básicos

Tipo de Documento: C.C / T.I / C.E / PAS / R.C / C.D / PT — N° de Documento de Identidad: 1129486445 — Fecha de Expedición del Documento de Identidad: A 2022 M 08 D 09 — Lugar de Expedición: Barranquilla — Género: M / F / NB / T — Es Pensionado (Jubilado): SI / NO /

Primer Apellido: Marquez — Segundo Apellido: Guzman — Primer Nombre: Jose — Otros Nombres: Lorenzo

Fecha de Nacimiento: A 2004 M 05 D 18 — Lugar de Nacimiento: Barranquilla — Nacionalidad: Colombiana — Otra ¿Cuál?

### 3. Datos de Localización

Dirección de Residencia: Cra 92 # 131b - 15 — Barrio: Suba — Ciudad/Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá — N°. de Teléfono Fijo — N°. de Teléfono celular: 3019341056

Autorización de envío de información a través de medios electrónicos. Autorizo a Porvenir S.A. para enviar notificaciones, extractos y cualquier información de interés a mi correo electrónico y/o a mi teléfono celular. SI / NO

Dirección de Correo Electrónico (e-mail): Taquelineherreraguzman@gmail.com

Dirección Laboral — Ciudad — Departamento — N°. de Teléfono

### 4. Datos Empleador e Información del Vínculo Laboral

Tipo de Trabajador: Dependiente / Independiente Contratista / Independiente Voluntario — Ocupación o Cargo Actual: Ayudante — Salario o Ingreso Mensual: $1423500.

Tipo de Documento: NIT / C.C / C.E / PAS / T.I / PT — N° de Documento de Identidad: 901903833 — Nombre y/o Razón Social: Consorcio Suba Val Vr

Ciudad: Bogotá — Dirección Empleador — Departamento: Bogotá — Teléfono(s)

Envío de Notificación — Sucursal Principal / Sucursal Ciudad

### 5. Datos Beneficiarios

| Nombre y Apellido | Género | Tipo de Documento | N° de Documento de Identidad | Fecha de Nacimiento | Código Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| | M F | | | A A A A M M D D | |
| | M F | | | A A A A M M D D | |

"Códigos parentesco: 01 Cónyuge 02 Compañero permanente 03 Padres 04 Hijo 05 Hijo inválido 06 Hermano inválido" "Los beneficiarios relacionados serán válidos de acuerdo con las normas legales vigentes."

### 6. Bono Pensional

El Bono Pensional representa el valor de las cotizaciones realizadas con anterioridad a su afiliación al Régimen de Ahorro Individual, a entidades como Colpensiones (antes Instituto de seguros sociales. Siempre y cuando haya cotizado un mínimo de 150 semanas), y/o cajas o fondos de previsión del sector público, privado, y empleadores que asumían su propio pasivo Pensional.
Por favor indique en la siguiente casilla, si usted cumple alguna de las condiciones aquí descritas. SI___NO____ Entidad a la cual realizó sus cotizaciones para pensión:_____

### 7. Síntesis de la asesoría recibida en el proceson de afiliación y que se encuentra contenida al respaldo del presente formulario de vinculación.

Manifiesto que de manera previa al diligenciamiento de este formulario, fui asesorado (a) de forma clara, oportuna y adecuada, en relación con: i) Los requisitos de mi afiliación al fondo de pensiones obligatorias administrado por Porvenir S.A, ii) Características y diferencias entre cada uno de los régimen pensionales, iii) Requisitos de acceso y forma de liquidación de las pensiones a cargo del Sistema General de Pensiones, iv) Información del programa de beneficios económicos periódicos, BEPS, v) Información del esquema Multifondos vi) Personas excluidas del Régimen de ahorro individual con solidaridad vii) Regímenes pensionales especiales y exceptuados viii) Términos mínimos de permanencia para trasladarme de fondo de pensiones ix) Términos mínimos de permanencia para traslado de régimen pensional x) Convenios internacionales de seguridad social xi) Características y cobertura del régimen de transición xii) Facultad y término para retractarme de esta afiliación.

Manifiesto que luego de haber recibido asesoría amplia y suficiente sobre el Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir S.A. conozco y entiendo las implicaciones legales que tiene mi decisión de vinculación o traslado al régimen de ahorro individual.

• Anexo fotocopia de mi documento de Identidad ampliada al 150% en blanco y negro

### 8. Término de Retracto

Recuerda que a partir del momento en que el fondo de pensiones te notifique sobre la validez de la afiliación o del traslado, cuentas con un término de cinco (5) días hábiles para ejercer tu facultad de retracto. (Decreto 1813 de 2020).

### 9. Espacio reservado para el empleador

"Declaro bajo juramento que los antecedentes del trabajador incluidos en el presente contrato corresponden a la información

### 10. Voluntad de Selección y Afiliación

Hago constar que la selección del Régimen de Ahorro Individual la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. Manifiesto que he elegido a PORVENIR S.A. para que administre

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.809.829
NUMERO

HERNANDEZ MORENO
APELLIDOS

CAROLIMPO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1977
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

08-NOV-1995 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0727700-43156904-M-0079809829-20070305 01059 07064A 02 210898026

ARL | sura

Medellín, 28 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C79809829 | HERNANDEZ MORENO CAROLIMPO | 29/07/2025 | | 24651532 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/07/2025 15:02:39 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.197.228, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

**La EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

## CERTIFICA

Que **Carolimpo Hernandez Moreno** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **79809829**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 79809829 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Carolimpo Hernandez Moreno |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 08/10/1977 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 28 - Subsidiado |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 17/03/2022 |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | 25/04/2025 |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Subsidiado |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 30/04/2025 |
| NIVEL SISBEN | 2 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

N.I.T. 901019138 CONSORCIO RUTA 40 Desde 21/01/2023 Hasta 25/03/2025

Generado por annie.millan 25/06/2025

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

**HERNANDEZ MORENO CAROLIMPO** con **CC No. 79809829** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Protección** y el saldo a la fecha de los aportes voluntarios realizados a dicho fondo es:

| | |
|---|---|
| Cotización voluntaria afiliado | $ 0.00 |
| Cotización voluntaria empleador | $ 196.10 |
| **Total cotizaciones voluntarias** | **$ 196.10** |

De conformidad con el artículo 22 del decreto 692 de 1994, el afiliado podrá retirar las cotizaciones voluntarias previa solicitud con al menos 6 meses de antelación.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el dia 24 de junio de 2025.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo
ingresando a https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/
o escríbenos a través de WhatsApp: **+57 310 220 55 75**

2025062416085

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.917.014



Apellidos
GONZALEZ GOURIYU

Nombres
JADER ALBERTO

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.63 | M |

Fecha de nacimiento
02 JUN 1994

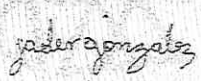
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
URIBIA (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
29 ABR 2019, URIBIA

Fecha de expiración
31 OCT 2032

Firma





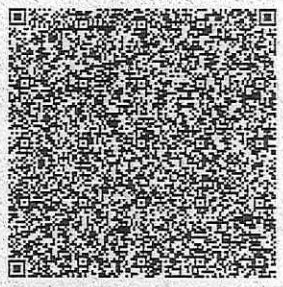
CO

00804522 5





REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL00804522504801 6<<<<<<<<<<<
9406029M3210318COL1006917014<6
GONZALEZ<GOURIYU<<JADER<ALBERT

ARL | sura

Medellín, 15 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6.96 % |
| C1006917014 | GONZALEZ GOURIYU JADER ALBERTO | 16/07/2025 | | z30169a2 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2025 14:34:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.221.69, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015157606 | 2\|1\|0\|7\|2\|0\|2\|5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) 

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| GONZALEZ (Primer apellido) | GOURIYU (Segundo apellido) | JADER (Primer nombre) | ALBERTO (Segundo nombre) |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1006917014 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: COLOMBIA | Departamento: LA GUAJIRA | Municipio: URIBIA | | 0\|2\|0\|6\|1\|9\|9\|4 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ No ☒ |
|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| TV 126 D 132 C 39 BRR SUBA GAITANA | | 3241638468 | JADERGONZALEZ762@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | SUBA | Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

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

| 35. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

**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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

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

Seleccion de la IPS Primaria

| C | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| B | VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA | VSCLINSUBA - VSCLINSUBA |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO SUBA VIAL VR | NIT | 901903833 | 01 |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección) | 6559899 (Teléfono fijo o celular) | RH.SUBAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico) | BOGOTA (Departamento) | BOGOTA (Municipio/distrito) |

| No de Radicacion |
|---|
| 4015157606 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | 62. Sexo biológico | 63.Sexo identificación | 64.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

| 65.EPS anterior | 66.Fecha de Novedad | 67.Motivo de traslado Código: ☐ | 68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 1\|6\|0\|7\|2\|0\|2\|5 | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 76. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| ☐ | |

## IX. FIRMAS

| 80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| Jader gonzalez | |

## X.ANEXOS

- 82. ☐ Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- 83. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- 85. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 86. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 87. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 88. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- 89. ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

## 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 documento de identidad | Número documento de identidad | 95.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| ☐ | | |

| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | |
|---|---|---|
| | | |

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.**

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:

**JADER ALBERTO GONZALEZ GOURIYU,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.917.014**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Julio 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.



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.099.551.831**

**GONZALEZ TERAN**

APELLIDOS

**OMAR YESID**

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ABR-1995**

**TURBACO**
**(BOLIVAR)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.75** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**18-SEP-2013 CIMITARRA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01327341-M-1099551831-20221104 **00888**96995A 1 8505530530

ARL | sura

Medellín, 04 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO USAQUEN VIAL 2025..

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1099551831 | GONZALEZ TERAN OMAR YESID | 07/07/2025 | | 3d231412 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/07/2025 12:29:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.221.69, 192.230.104.2, 172.16.42.57

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012153015
9012153015

No. de Radicación: 29484458

Fecha de Radicación: 07 07 2025

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: GONZALEZ | Segundo Apellido: TERAN | Primer Nombre: OMAR | Segundo Nombre: YESID |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1099551831 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 15 D M 04 M A A 1995 A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO SUBA VIAL VR | NT | 901903833 | |

| 39. Ubicación | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| AV CRA 9 113 52 OF 906 | 6559899 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D D M M A A A A | D 07 D M 07 M A 2025 A |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

## VIII. FIRMAS

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

## IX. ANEXOS

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

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | CARGO: AYUDANTE DE OBRA |

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

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

Cambio Empleo

INTERNET

05/2016

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:

**OMAR YESID GONZALEZ TERAN,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.099.551.831**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Julio 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **80.755.839**

**BOHORQUEZ NUÑEZ**

APELLIDOS

**FELIPE**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1982**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.75** | **B+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**26-FEB-2001 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-01006576-M-0080755839-20180516 0061190049A 1 9904373426

ARL | sura

Medellín, 15 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

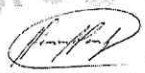
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C80755839 | BOHORQUEZ NUÑEZ FELIPE | 16/07/2025 | | qf59O118 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2025 16:36:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.221.69, 192.230.104.2, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012185862

9012185862

No. de Radicación: 29535397

Fecha de Radicación: 21 07 2025 (D D M M A A A A)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: BOHORQUEZ | Segundo Apellido: NUÑEZ | Primer Nombre: FELIPE | Segundo Nombre: |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 80755839 | Femenino [ ] Masculino [X] | D 25 M 03 A 1982 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad (Tipo: F N M / Condición: T P) | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA | |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular |
|---|---|---|---|---|
| $1.423.500 | AV CL 129 D 124 77 | | 3102479590 | |

| Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| bohorquezfelipe274@gmail.com | BOGOTA | Urbana [ ] Rural [ ] | | DISTRITO CAPITAL |

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

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

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

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

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

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

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

### Selección de la IPS Primaria

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

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO SUBA VIAL VR | NT | 901903833 | |

| 39. Ubicación | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| AV CRA 9 113 52 OF 906 | 6559899 | | BOGOTA | DISTRITO CAPITAL |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**40. Tipo de Novedad**

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | D M A A A A | D 16 M 07 A 2025 |

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

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

| | |
|---|---|
| 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. | [X] |
| 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. | [ ] |
| 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. | [ ] |
| 49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. | [ ] |
| 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. | [X] |
| 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. | [X] |
| 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. | [X] |
| 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. | [X] |

## VIII. FIRMAS

| 54. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. Firma del representante legal del empleador, colectiva, institucional o de Oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

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

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

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

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

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | |

71. Firma del funcionario

CARGO: AYUDANTE DE OBRA

VIGILADO Supersalud

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

PEPITO PEREZ S.A. NIT. 890.313.108 - 6 TEL. (1)234 56 89

07/2016

INTERNET

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

9012185862

9012185862

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

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

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

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

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

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

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos FELIPE BOHORQUEZ NUÑEZ

Identificación: CC 80755839

## AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ NO ☒

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos FELIPE BOHORQUEZ NUÑEZ

Identificación: CC 80755839

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

## FIRMA A RUEGO

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

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

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

Huella

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:

**FELIPE BOHORQUEZ NUÑEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.755.839**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Julio 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.046.431.060**
**ARDILA MATTOS**
APELLIDOS
**JOISCER**
NOMBRES

Joiscer Ardila Mattos
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1989**
**BARRANCO DE LOBA**
**(BOLIVAR)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.78** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**16-NOV-2017 BARRANCO DE LOBA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01337010-M-1046431060-20221229 **00933**65977A 1 8506732772

ARL | sura

Medellín, 21 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C1046431060 | ARDILA MATTOS JOISCER | 22/07/2025 | | 14502481 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 21/07/2025 16:01:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.197.228, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012198423
9012198423

No. de Radicación SAT: 29555727

Fecha de Radicación: 25 | 07 | 2025

## 1. DATOS DEL TRÁMITE

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria | 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7. Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [ ] | A. Individual: B. Colectiva [ ] | A. Contributivo [X] | SI [ ] | A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] | A. Dependiente [X] | |
| B. Reporte de Novedades [X] | - Cotizante o cabeza de familia [X] C. Institucional [ ] | B. Subsidiado [ ] | NO [ ] | B. Cabeza de familia D. Afiliado adicional [ ] | B. Independiente [ ] | |
| | - Beneficiario o afiliado adicional [ ] D. De oficio [ ] | | | | C. Pensionado [ ] | |

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

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: ARDILA | Segundo Apellido: MATTOS | Primer Nombre: JOISCER | Segundo Nombre: |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1046431060 | Femenino [ ] Masculino [X] | T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual | |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 17 \| D \| 10 \| M \| A 1989 \| A \| A |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad / Categoria discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBEN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI [ ] NO [X] | SI [ ] NO [ ] | Nivel [ ] Grupo [ ] | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA | | $1.423.500 | |

| 26. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico |
| | | | |

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| | | | Cabezera Municipal [ ] 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 [ ] | T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual | |

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

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

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

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

## Datos complementarios del beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN: SI | 47. Tiene encuesta SISBEN: NO | 48. Clasificación SISBÉN: NIVEL | 48. Clasificación SISBÉN: GRUPO | 49. Discapacidad: SI | 49. Discapacidad: NO | 49. Discapacidad: CATEGORIA DISCAPACIDAD | 50. Incapacidad permanente: SI | 50. Incapacidad permanente: NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

## 51. Datos de residencia

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

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

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

El (La) Señor(a) **JOISCER ARDILA MATTOS**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1.046.431.060**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 01 de junio de 2020.

La presente certificación se expide el 09 de julio de 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

***Tenga en cuenta:***

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.143.388.571**

**APARICIO DIAZ**

APELLIDOS

**JAINER ANTONIO**

NOMBRES

Jainer Aparicio

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1996**

**CARTAGENA**
**(BOLIVAR)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.68** | **AB+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**04-FEB-2014 CARTAGENA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0500150-00554676-M-1143388571-20140318 **0037**651757A 2 41523116

ARL | sura

Medellín, 22 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: | 6.96 % |
| C1143388571 | APARICIO DIAZ JAINER ANTONIO | 24/07/2025 | | x22149Pc | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

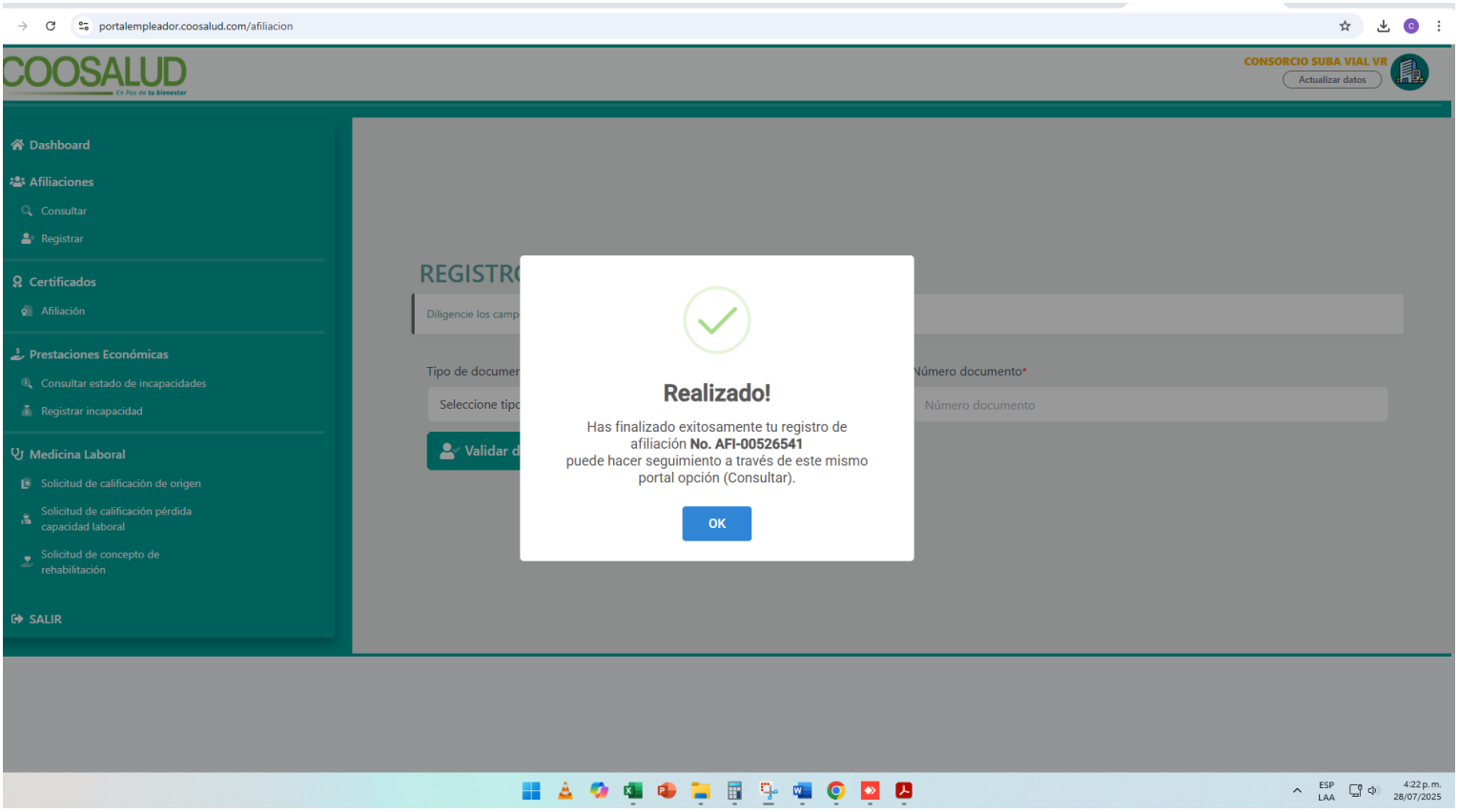
Dirección de Afiliaciones y Recaudos

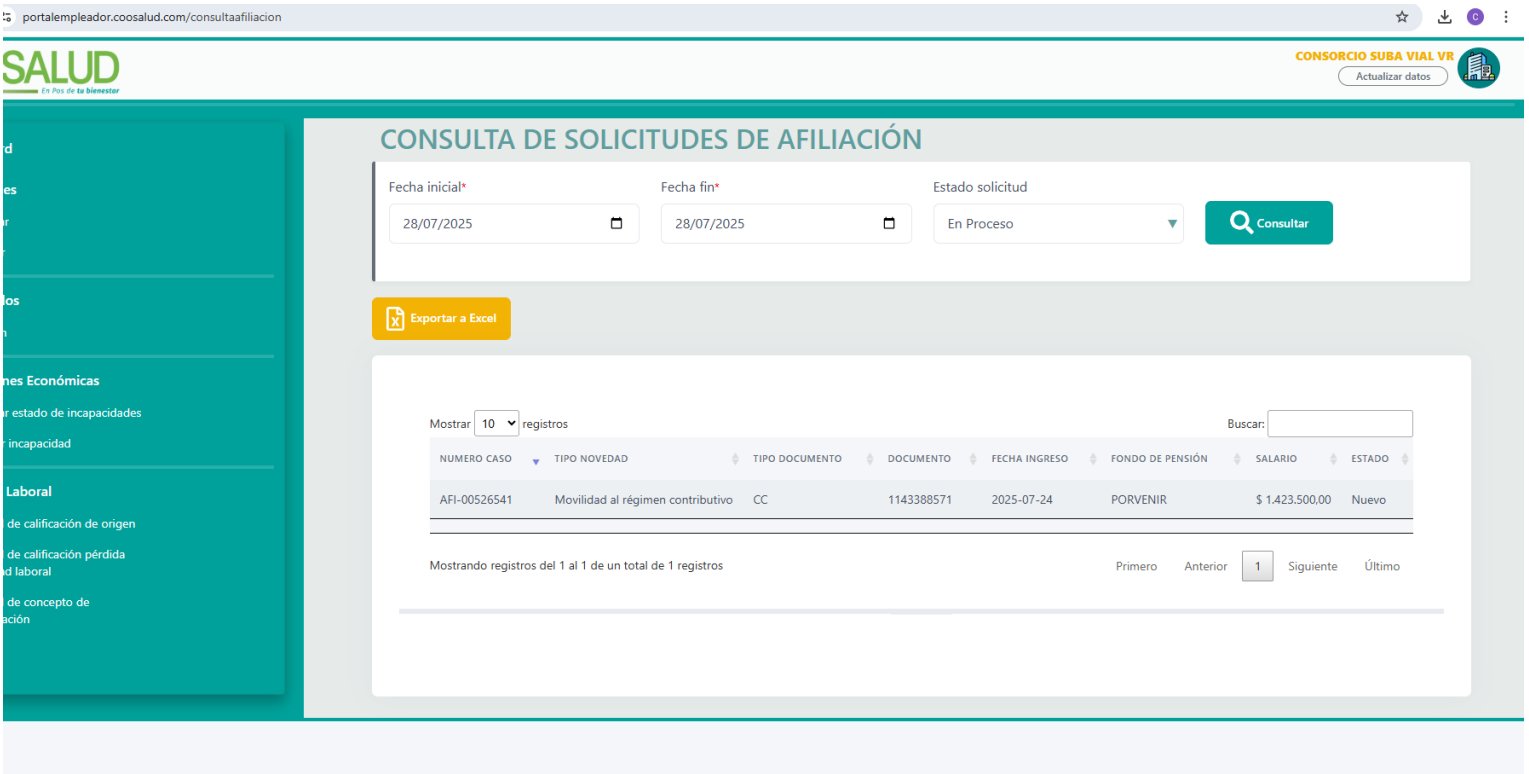
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/07/2025 16:44:32 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.197.228, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


portalempleador.coosalud.com/afiliacion
COOSALUD
CONSORCIO SUBA VIAL VR
Actualizar datos
Dashboard
Afiliaciones
Consultar
Registrar
Certificados
Afiliación
Prestaciones Económicas
Consultar estado de incapacidades
Registrar incapacidad
Medicina Laboral
Solicitud de calificación de origen
Solicitud de calificación pérdida capacidad laboral
Solicitud de concepto de rehabilitación
SALIR
REGISTRO
Diligencie los camp
Tipo de documen
Seleccione tipo
Validar d
Número documento*
Número documento
Realizado!
Has finalizado exitosamente tu registro de afiliación No. AFI-00526541 puede hacer seguimiento a través de este mismo portal opción (Consultar).
OK
ESP LAA
4:22 p. m. 28/07/2025


portalempleador.coosalud.com/consultaafiliacion
SALUD
CONSORCIO SUBA VIAL VR
Actualizar datos
CONSULTA DE SOLICITUDES DE AFILIACIÓN
Fecha inicial*
28/07/2025
Fecha fin*
28/07/2025
Estado solicitud
En Proceso
Consultar
Exportar a Excel
Mostrar 10 registros
Buscar:
NUMERO CASO
TIPO NOVEDAD
TIPO DOCUMENTO
DOCUMENTO
FECHA INGRESO
FONDO DE PENSIÓN
SALARIO
ESTADO
AFI-00526541
Movilidad al régimen contributivo
CC
1143388571
2025-07-24
PORVENIR
$ 1.423.500,00
Nuevo
Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros
Primero
Anterior
1
Siguiente
Último

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:

**JAINER ANTONIO APARICIO DIAZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.143.388.571**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 22 de Julio 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73.213.100**

**MENDOZA CABARCAS**

APELLIDOS

**JHON JAIRO**

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-AGO-1984**

**CARTAGENA**
**(BOLIVAR)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**M** SEXO

**26-FEB-2003 CARTAGENA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-0500150-01134423-M-0073213100-20200226 0070257785A 1 8500345191

Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 18 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C73213100 | MENDOZA CABARCAS JHON JAIRO | 21/07/2025 | | 19191131 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/07/2025 14:39:56 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.197.228, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015227131 | 2\|9\|0\|7\|2\|0\|2\|5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) 

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| MENDOZA (Primer apellido) | CABARCAS (Segundo apellido) | JHON (Primer nombre) | JAIRO (Segundo nombre) |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 73213100 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: COLOMBIA | Departamento: BOLIVAR | Municipio: CARTAGENA | | 1\|1\|0\|8\|1\|9\|8\|4 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | |
|---|---|---|---|
| 6 | | Si ☐ No ☒ | Categoria Discapacidad |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel | Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1423500 | |

| 26.Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| CL 126 133 39 (Dirección) | Telefono fijo | 3024104993 (Telefono celular) | JHONJAIROMENDOZACABARCAS@GMAIL.COM (Correo electronico) |

| BOGOTA (Departamento) | BOGOTA (Municipio/Distrito) | SUBA (Localidad / comuna) | zona | Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐ |
|---|---|---|---|---|

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

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

| 35. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA | VSCLINSUBA - VSCLINSUBA |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO SUBA VIAL VR | NIT | 901903833 | 01 |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección) | 6559899 (Teléfono fijo o celular) | RH.SUBAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico) | BOGOTA (Departamento) | BOGOTA (Municipio/distrito) |

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 [illegible]

## CERTIFICA QUE:

**JHON JAIRO MENDOZA CABARCAS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **73.213.100**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 30 de Octubre del 2024.

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.

Grupo AVAL

Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.237.439.776



Apellidos
CASTRO HERNANDEZ

Nombres
STEVEN ENRIQUE

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.64 | M |

| Fecha de nacimiento | G.S. |
|---|---|
| 08 JUL 2003 | O+ |

Lugar de nacimiento
VALENCIA-CARABOBO (VENEZUELA)

Fecha y lugar de expedición
25 ABR 2022, CARTAGENA

Firma
Steven E.C.

Fecha de expiración
21 NOV 2034

.CO

069142341

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL069142341205001<<<<<<<<<<
0307086M3411218COL1237439776<3
CASTRO<HERNANDEZ<<STEVEN<ENRIQ

ARL | sura

Medellín, 02 de Julio de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1237439776 | CASTRO HERNANDEZ STEVEN ENRIQUE | 03/07/2025 | | oYm21417 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C799470812518331820

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/07/2025 08:50:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.154.30.130, 192.230.104.7, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Copia

compensar | salud eps

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

03 JUL 2025
Cel. 31 Andersson Antonio Bermical Muñoz
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 03/07/2025

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

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria | 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7. Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación [ ] | A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] | A. Contributivo [X] | Si [ ] | A. Cotizante [X] | A. Dependiente [X] | 01 |
| B. Reporte de Novedades [X] | • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Subsidiado [ ] | No [X] | B. Cabeza de familia [ ] | B. Independiente [ ] | |
| | B. Colectiva [ ] | | | C. Beneficiario [ ] | C. Pensionado [ ] | |
| | C. Institucional [ ] | | | D. Afiliado adicional [ ] | | |
| | D. De oficio [ ] | | | | | |

## A. AFILIACIÓN / 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 |
|---|---|---|---|---|
| | Castro | Hernandez | Steven | Enrique |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número de documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo Identificación | 13. Nacionalidad | 14. Lugar de nacimiento | | | 15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | País | Departamento | Municipio | |
| CC | 1237439776 | Femenino [ ] Masculino [X] | F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál? | Colombiano | Venezuela | Valencia | Carabobo | 08-07-2003 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial | 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI [ ] NO [X] Categoría de discapacidad | SI [ ] NO [ ] | Nivel Grupo | | Sura |

| 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria | 26. Residencia |
|---|---|---|---|
| Porvenir | 1423500 | | Cra 38 #49 B-08 Sur |

| Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico | Departamento de residencia |
|---|---|---|---|
| | 302 2827627 | steven castro 12374@gmail.com | Cundinamarca |

| Municipio de residencia | Localidad/Comuna | Zona | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bogotá | Tunjuelito | Cabecera Municipal [X] | Centro Poblado [ ] | Rural Disperso [ ] | 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 de documento de Identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo Identificación | 32. Nacionalidad | 33. Lugar de nacimiento | | | 34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál? | | País | Departamento | Municipio | |

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

35. Apellidos y nombres

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

| | 36. Tipo de documento de Identidad | 37. No. del documento de Identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | | 40. Sexo Identificación | | | | | | 41. Lugar de nacimiento | | | 42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | Otro | Cuál? | País | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

## Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

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

FOR-EPSVITA-0002 V002

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:

**STEVEN ENRIQUE CASTRO HERNANDEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.237.439.776**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.045.771.072

Apellidos
HERNANDEZ ARAGON

Nombres
LARSON DANIEL

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.80 | M |

Fecha de nacimiento
05 DIC 1995

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
MARACAIBO-ESTADO ZULIA (VENEZUELA)

Fecha y lugar de expedición
26 ABR 2023, BARRANQUILLA

Firma

Fecha de expiración
26 ABR 2033

.CO

018569414

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL018569414803001<<<<<<<<<<<
9512058M3304260COL1045771072<4
HERNANDEZ<ARAGON<<LARSON<DANIE

ARL | sura

Medellín, 18 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | | Clase: 5 | | Porcentaje Cotización: 6.96 % | |
| C1045771072 | HERNANDEZ ARAGON LARSON DANIEL | 21/07/2025 | | 183139H3 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/07/2025 14:34:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.197.228, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015227097 | 2\|9\|0\|7\|2\|0\|2\|5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) 

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afiliacion | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ (Primer apellido) | ARAGON (Segundo apellido) | LARSON (Primer nombre) | DANIEL (Segundo nombre) |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1045771072 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: Venezuela | Departamento: | Municipio: | 0\|5\|1\|2\|1\|9\|9\|5 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ No ☒ |
|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 132 D SUBA LA GAITANA | | 3018131993 | LARSSONDANIELHERNANDEZ1995@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | SUBA | Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

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

| 35. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

**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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA | VSCLINSUBA - VSCLINSUBA |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO SUBA VIAL VR | NIT | 901903833 | 01 |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección) | 6559899 (Teléfono fijo o celular) | RH.SUBAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico) | BOGOTA (Departamento) | BOGOTA (Municipio/distrito) |

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:

**LARSON DANIEL HERNANDEZ ARAGON,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.045.771.072**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Julio 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.103.739.923**

**CAMARGO VARGAS**

APELLIDOS

**LUIS JUNIOR**

NOMBRES

Junior U.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-AGO-2002**

**SINCELEJO**
**(SUCRE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.78** ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

**01-JUN-2021 SINCELEJO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2800100-01243788-M-1103739923-20210709 **0074**83675A 1 8502128317

ARL | sura

Medellín, 11 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1103739923 | CAMARGO VARGAS LUIS JUNIOR | 14/07/2025 | | 250222Z1 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 11/07/2025 14:36:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.221.69, 192.230.104.2, 172.16.42.57

ADRES

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1103739923 |
| NOMBRES | LUIS JUNIOR |
| APELLIDOS | CAMARGO VARGAS |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | SUCRE |
| MUNICIPIO | SINCELEJO |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | COOSALUD EPS S.A. | SUBSIDIADO | 11/09/2015 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 07/07/2025 14:57:32 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.069.501.378**
**FLOREZ ALTAMIRANDA**

APELLIDOS
**ORLANDO JULIO**

NOMBRES

Orlando Figueroa

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1996**
**SAHAGUN**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**12-MAY-2015 SAHAGUN**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1303700-01278788-M-1069501378-20220204 0078082834A 1 9918495473

ARL | sura

Medellín, 15 de Julio de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1069501378 | FLOREZ ALTAMIRANDA ORLANDO JULIO | 16/07/2025 | | 32xq1383 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

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:C799470812519654630

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 15/07/2025 15:10:30 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.221.69, 192.230.104.2, 172.16.42.57

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015157499 | 2\|1\|0\|7\|2\|0\|2\|5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo) 

| 1.tipo de tramite | 2.Tipo afillacion | 3.Regimen | 4.Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐ | A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐ | Si ☐ No ☒ |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7.Codigo (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | 1 |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| FLOREZ (Primer apellido) | ALTAMIRANDA (Segundo apellido) | ORLANDO (Primer nombre) | JULIO (Segundo nombre) |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 1069501378 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | Pais: COLOMBIA | Departamento: CORDOBA | Municipio: SAHAGUN | | 2\|0\|1\|1\|1\|9\|9\|6 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ No ☒ |
|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel | Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PORVENIR FPC | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CL 96 131 32 BRR SUBA RINCON | | 3134536788 | FLOREZORLANDO557@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | SUBA | Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

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

| 35. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA | VSCLINSUBA - VSCLINSUBA |
| B | - | - |
| B | - | - |
| B | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CONSORCIO SUBA VIAL VR | NIT | 901903833 | 01 |

| 59.Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| AC 9 113 52 OF 906 TO UNIDAS DOS (Dirección) | 6559899 (Teléfono fijo o celular) | RH.SUBAVIAL@GMAIL.COM (Correo electrónico) | BOGOTA (Departamento) | BOGOTA (Municipio/distrito) |

| No de Radicacion |
|---|
| 4015157499 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | 62. Sexo biológico | 63.Sexo identificación | 64.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

| 65.EPS anterior | 66.Fecha de Novedad | 67.Motivo de traslado Código: | 68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 1\|6\|0\|7\|2\|0\|2\|5 | ☐ | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 72. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 73. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 76. ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

Orlando Figueroa

**80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario**

**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. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0
- 83. ☐ Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 84. ☐ Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- 85. ☐ Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- 86. ☐ Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- 87. ☐ Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- 88. ☐ Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- 89. ☐ Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- 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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

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

## 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 documento de identidad | Número documento de identidad | 95.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | |
|---|---|---|
| | | |

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.**

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:

**ORLANDO JULIO FLOREZ ALTAMIRANDA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.501.378**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 14 de Julio del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.192.742.761**

**MADRID RACERO**

APELLIDOS

**RICARDO**

NOMBRES

Ricardo Madrid

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-2001**

**NECOCLI**
**(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.68** ESTATURA

**A+** G.S. RH

**M** SEXO

**01-AGO-2019 NECOCLI**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0119200-01098083-M-1192742761-20190910 0067668364A 1 52280651

ARL | sura

Medellín, 16 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO SUBA VIAL VR.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C1192742761 | MADRID RACERO RICARDO | 17/07/2025 | | 21118232 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 16/07/2025 13:42:54 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.197.228, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 18/07/2025, el empleador CONSORCIO SUBA VIAL VR identificado con NIT número 901903833 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

| NÚMERO DE RADICACIÓN | FECHA DE RADICACIÓN | TIPO DE SOLICITUD |
|---|---|---|
| 9045726 | 18/07/2025 | Reingresos |

DETALLE

| TIPO | IDENTIFICACIÓN | NOMBRE COTIZANTE | IBC | CARGO | FECHA |
|---|---|---|---|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA | 1192742761 | RICARDO MADRID RACERO | 1423500 | AYUDANTE DE OBRA | 2025-07-17 |

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Julio del año 2025.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) RICARDO MADRID RACERO con identificación número: 1.192.742.761 se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTIAS Nit 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de julio del 2025.

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

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

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10017967458

| PLACA | MARCA | LÍNEA | MODELO |
|---|---|---|---|
| FSU179 | CHEVROLET | NHR | 2019 |

| CILINDRADA CC | COLOR | SERVICIO |
|---|---|---|
| 2.999 | BLANCO GALAXIA | PÚBLICO |

| CLASE DE VEHÍCULO | TIPO CARROCERÍA | COMBUSTIBLE | CAPACIDAD Kg/PSJ |
|---|---|---|---|
| CAMIONETA | FURGON | DIESEL | 1634 |

| NÚMERO DE MOTOR | REG | VIN |
|---|---|---|
| 3S4803 | N | 9GDNLR774KB013634 |

| NÚMERO DE SERIE | REG | NÚMERO DE CHASIS | REG |
|---|---|---|---|
| 9GDNLR774KB013634 | N | 9GDNLR774KB013634 | N |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| NDV PROYECTOS S A S | NIT 900459212 |

Escaneado con CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
104

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
032018001719027

I/E
I

FECHA IMPORT.
19/09/2018

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
11/03/2019

FECHA EXP. LIC. TTO.
11/03/2019

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUNDINAMARCA/COTA

IDEMIA 1.10022(039.2018.06.20

LT01007950897

Escaneado con CamScanner

# SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

Seguros mundial

ASEGURADO

| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL | HASTA LAS 23:59 HORAS DEL |
|---|---|---|
| 2025 3 8 | 2025 3 10 | 2026 3 9 |

| No. DE POLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE/CC | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 630006 - 11636594 | [illegible]SU179 | CARGA O MIXTOS | PUBLICO | 2999 | 2019 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERIA |
|---|---|---|
| 2 | CHEVROLET | FURGON |

LINEA VEHICULO: NHR

| No. MOTOR | No. CHASIS ó No. SERIE | No. VIN |
|---|---|---|
| [illegible]S4803 | 9GDNLR774KB013634 | 9GDNLR774KB013634 |

| TIPO DE DOCUMENTO | No. DE DOCUMENTO | CIUDAD |
|---|---|---|

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 1799397 16

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Entidad que expide el certificado: | CDA TECNIYA FRAGUA SAS | | |
| NIT: | 901307766 | No. de Certificado de Acreditación: | 20-OIN-014 |
| Fecha de expedición: | 2025/03/05 | Fecha de vencimiento: | 2026/03/05 |

## DATOS VEHÍCULO

| | | | |
|---|---|---|---|
| PLACA: | FSU179 | CLASE: | CAMIONETA |
| MARCA: | CHEVROLET | MODELO: | 2019 |
| SERVICIO: | Público | COMBUSTIBLE: | DIESEL |
| CILINDRAJE: | 2999 | NRO. MOTOR: | 354903 |
| NRO. CHASIS: | 9GDNLR774KB013634 | VIN: | 9GDNLR774KB013634 |
| LÍNEA: | NHR | | |
| COLOR: | BLANCO GALAXIA | | |

NOMBRE PROPIETARIO: INNDEL GROUP S.A.S

FIRMA DEL RESPONSABLE

YEFERSON DELGADO RODRIGUEZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.760.424**

**MANCIPE MEDINA**

APELLIDOS

**MIGUEL ANGEL**

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **18-JUN-2004**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.73** ESTATURA | **O-** G.S. RH | **M** SEXO

**23-JUN-2022 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01305660-M-1010760424-20220628 **00798**94934A 1 8504988298

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

**No. 1010760424**

NOMBRE

**MIGUEL ANGEL MANCIPE MEDINA**

FECHA DE NACIMIENTO

**18-06-2004**

GRUPO SANGUINEO Y RH

**O-**

FECHA DE EXPEDICION

**28-02-2025**

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

**CONDUCIR CON LENTES**



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

**SECRETARIA DISTRITAL DE MOVILIDAD DE BOGOTA**

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| A2 | MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE. | 28-12-2032 | PARTICULAR |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 28-02-2035 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 28-02-2028 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03008382178

Servicios Integrales 60947 2.0-14 05/24

# Certificado de Aportes

Se certifica que MIGUEL ANGEL MANCIPE MEDINA identificado(a) con CC 1010760424 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

| APORTANTE: CONSORCIO CONSERVACION VIAL NI 901902817 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Clave Planilla | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora | Concepto | Periodo | Días | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 9487255871 | 1536189677 | E | 2025-06-06 | EPS | EPS005 | SANITAS | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2025-06 | 9 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9487255871 | 1536189677 | E | 2025-06-06 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2025-05 | 9 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9487255871 | 1536189677 | E | 2025-06-06 | ARL | 14-11 | ARL SURA | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2025-05 | 9 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9487255871 | 1536189677 | E | 2025-06-06 | CCF | CCF24 | COMPENSAR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2025-05 | 9 | X | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este certificado se expide el día 2025-07-01 a las 08:07.

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN

# Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2025**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

**352025000098705-9**

**Importador / exportador**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV. | 11. Apellidos y nombres o Razón Social |
|---|---|---|
| 900459311 | 1 | MAQUINAS AMARILLAS S.A.S. |

| 13. Dirección | 15. Teléfono | 12. Cod. Admón. | 16. Cod. Dpto | 17. Cod. Ciudad Municipio |
|---|---|---|---|---|
| CR 17 142 25 P 2 | 3212443632 | 35 | 11 | 001 |

**Declarante**

| 24. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 25. DV. | 26. Razón social del declarante autorizado | 27. Tipo usuario | 28. Cód. usuario |
|---|---|---|---|---|
| 900459311 | 1 | MAQUINAS AMARILLAS SAS | 23 | 350002 |

| 29. Número documento de identificación | 30. Apellidos y nombres |
|---|---|
| 1032362624 | LAVERDE MANJARRES HERNANDO |

| 31. Clase importador | 32. Tipo declaración | 33. Cod. | 34. No.Formulario Anterior | 35. Año - Mes - Día | 36. Cod. Admón. | 37. Declaración de Exportación | 38. Año - Mes - Día | 39. Cod. Admón. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 02 | Inicial | 1 | XXXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX | No. XXXXXXXXXXXXXX | XXXX - XX - XX | XX |

| 40. Cod. lugar ingreso de las mercancías | 41. Cod. Depósito | 42. Manifiesto de carga | 43. Año - Mes - Día | 44. Documento de transporte | 45. Año - Mes - Día |
|---|---|---|---|---|---|
| BUN | 907 | No. 907068402 | 2025 - 02 - 03 | No. TPFTJBUV9099 | 2024 - 07 - 28 |

| 46. Nombre exportador o proveedor en el exterior | 47. Ciudad | 48. Cod.País Exportador |
|---|---|---|
| SINOLATION HEAVY MACHINERY CO LIMITED | WAN CHAI | 215 |

| 49. Dirección exportador o proveedor en el exterior | 50. E-mail |
|---|---|
| UNIT E, 15/F, CHEUK NANG PLAZA 250 HENNESSY ROAD | 0000000000 |

| 51. No. de factura | 52. Año - Mes - Día | 53. Cod. país procedencia | 54. Cod. Modo Transporte | 55. Código de Bandera | 56. Cod. Depto destino | 57. Empresa transportadora | 58. Tasa de cambio $ cvs. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COL240730TY05 | 2024 - 07 - 30 | 215 | 1 | 580 | 11 | NAVES S.A. | 4.150.99 |

**S**

| 59. Subpartida arancelaria | 60. Cod. Complementario | 61. Cod. Suplementario | 62. Cod. Modalidad | 63. No. cuotas o meses | 64. Valor cuota USD | 65. Periodicidad del pago de la cuota | 66. Cod. país de origen | 67. Cod. Acuerdo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8429520000 | XX | XX | C100 | XX | XXXX | XX | 215 | XXX |

| 68. Forma de pago de la importación | 69. Tipo de importación | 70. Cod. país compra | 71. Peso bruto kgs. dcms. | 72. Peso neto kgs. dcms. | 73. Código embalaje | 74. No. bultos | 75. Subpartidas | 76. Cod. unidad comercial | 77. Cantidad dcms. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 01 | 215 | 50.600.00 | 50.600.00 | YY | 42 | 4 | u | 6.00 |

| 78. Valor FOB USD | 79. Valor fletes USD |
|---|---|
| 281.600.00 | 21.419.89 |

| 80. Valor Seguros USD | 81. Valor Otros Gastos USD |
|---|---|
| 104.08 | 0 |

| 82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD | 83. Ajuste valor USD |
|---|---|
| 21.523.97 | 0.00 |

| 84. Valor aduana USD | 85. Código registro o licencia | 86. Número |
|---|---|---|
| 303.123.97 | L | 40003392 |

| 87. Cod. oficina | 88. Año | 89. Programa No | 90. Cod Interno del Producto |
|---|---|---|---|
| 3 | 2025 | XXXXXXXXXX | 0 |

Autoliquidación

| Concepto | % | Base | Total Liquidado ($) | Total a pagar con esta declaración ($) | Total Liquidado (USD) |
|---|---|---|---|---|---|
| Arancel | 92 0.00 | 93 1.258.264.568 | 94 0 | 95 0 | 96 0.00 |
| I.V.A. | 97 19.00 | 98 1.258.264.568 | 99 239.070.000 | 100 0 | 101 0.00 |
| Salvaguardia | 102 0.00 | 103 0 | 104 0 | 105 0 | 106 0.00 |
| Derechos Compensatorios | 107 0.00 | 108 0 | 109 0 | 110 0 | 111 0.00 |
| Derechos Antidumping | 112 0.00 | 113 0 | 114 0 | 115 0 | 116 0.00 |
| Sanción | 117 0 | 118 0 | 119 0 | 120 0 | |
| Rescate | 121 0 | 122 0 | 123 0 | 124 0 | |
| | | Total | 125 239.070.000 | | 126 0.00 |

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DIM 4/5 DO. LSA057. REFERENCIA: SE135 Producto: EXCAVADORA, Modelo: SE135, Serial: 66SE13EKNR0005549/77326752 // 66SE13EKNR000553 9/77326754, Uso o destino: CONSTRUCCION, AÑO DE FABRICACION 2024, AÑO MODELO: 2024, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NOR MAL FUNCIONAMIENTO, CERTIFICADO FITOSANITARIO # SV-003284-25 DE 2025-02-03. CERTIFICADO ICA NO. CFN-8-000681-25 DE 13/02/2025. MA RCA: SHANTUI CANTIDAD:2(Unidades)*/* REFERENCIA: SE75 Producto: EXCAVADORA, Modelo: SE75, Serial: 66SE07EJNR0015149/CNJ0989 // 66 SE07EJNR0015139/CNJ0992 // 66SE07EJNR0014929/CNJ0934 // 66SE07EJNR0014919/CNJ0936, Uso o destino: CONSTRUCCION, AÑO DE FABRICACIO N 2024, AÑO MODELO: 2024, COMPLETO CON TODOS SUS ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, CERTIFICADO FITO(continúa al respaldo)

| 127. Valor pagos anteriores: 0 | 128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX | 129. Fecha: XXXX XX XX |
|---|---|---|
| 130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera<br>Estado de levante: Levante automático<br>No hay declaración posterior | 131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores | 132. No. Aceptación declaración<br>352025000098705<br>133. Feha: 2025 02 15 |

| 134. Levante No. 352025000216419 | 135. Fecha | Firma funcionario responsable | 136. Nombre<br>137. C.C. No. |
|---|---|---|---|
| | 2025 - 02 - 15 | | |

| Firma declarante | 997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) | 980. Pago Total $ 0 |
|---|---|---|
| | Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario | 996. Espacio para Número autoadhesivo<br>**9103502608824 6** |

Fecha de Impresión: 2025-02-15 11:10:10

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

## MINISTERIO DE TRANSPORTE

## TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

**No. 1116661**

| No. DE REGISTRO | MARCA | LINEA | AÑO MODELO |
|---|---|---|---|
| MC750037 | SHANTUI | SE75 | 2024 |

| TIPO DE MAQUINARIA | CLASE | No. SERIE |
|---|---|---|
| CONSTRUCCION | EXCAVADORA | 66SE07EJNR0015149 |

| COLOR(ES) | No. MOTOR | RODAJE |
|---|---|---|
| AMARILLO | CNJ0989 | ORUGAS |

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

| PESO | ALTO | ANCHO | LARGO |
|---|---|---|---|
| 7650 Kg | 2680 mm | 2260 mm | 6240 mm |

| PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| DELSER E HIJOS S EN C | NIT 901758955 |

LOCATARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL DE SOACHA

| FECHA REGISTRO | FECHA EXPEDICION | FECHA VENCIMIENTO |
|---|---|---|
| 22/07/2025 | 22/07/2025 | ****** |

| ORIGEN | DEC. IMPORTACION | FECHA DE LEVANTE |
|---|---|---|
| IMPORTACIÓN | 352025000098705 | 15/02/2025 |

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM0700004338 1

Scanned with CamScanner

Delger

## 1. Datos Automotor

### 1.1 Datos Vehículos

| | | | |
|---|---|---|---|
| Número único de identificación: | MC750037 | Clase: | EXCAVADORA |
| Marca: | SHANTUI | Linea: | SE75 |
| Tipo de carroceria: | | Color: | AMARILLO |
| Modelo: | 2024 | Cilindraje: | 0 |
| Carga útil maxima: | 0 | Nro. motor | CNJ0989 |
| Nro. serie | 66SE07EJNR0015149 | Nro. chasis | 66SE07EJNR0015149 |
| Nro. VIN: | 66SE07EJNR0015149 | Subpartida arancelaria: | 8429520000 |
| Tipo de cabina: | | Tipo de maquinaria: | CONSTRUCCION |
| Nro. de ejes: | 0 | Largo: | 6240.0 |
| Alto: | 2680.0 | Ancho: | 2260.0 |
| Peso bruto vehicular | 7650.0 | Rodaje: | ORUGAS |
| Fecha matricula inicial: | | Estado del vehículo: | REGISTRADO |
| Nro. de identificación o serie del GPS de proveedor nacional: | 865468051630831 | Empresa de habilitación del dispositivo GPS de proveedor nacional: | ONE TRACKER GPS S.A.S |
| Nro. de IMEI del GPS de proveedor nacional: | 865468051630831 | Tipo de dispositivo de proveedor nacional: | 2 |
| Origen del registro: | Importación | | |

One Tracker
GPS RASTREO SATELITAL

## *CERTIFICAMOS*

*En cumplimiento del Decreto 723 artículo 6, certificamos que a la empresa* ***DELSER E HIJOS S EN C,*** *identificado con NIT/C.C. 901758955-0, tiene contrato por un MES a partir de julio 25 de 2025 de Sistema de GPRS con Transmisión de datos para Maquinaria Amarilla de una EXCAVADORA, con las siguientes características.*

| MARCA | MOTOR | CHASIS | MODELO | IMEI/SERIAL GPS |
|---|---|---|---|---|
| SHANTUI | CNJ0989 | 66SE07EJNR0015149 | 2024 | 865468051630831 |

*El numero único de identificación de los dispositivos instalados GPRS IMEI/SERIAL 865468051630831*

*Se expide a los 21 días del mes de julio del año 2025*

*Cordialmente,*

***Oneida Diaz Moreno***
*Gerente General*
*Móvil 3005290977*

NUESTROS CLIENTES
KMC SAS
CONSTRUCCIONES INGENIERIA S.A.S
MÁQUINAS AMARILLAS
BOGOTÁ-COLOMBIA
+57 (300) 529 0977
One Tracker
GPS RASTREO SATELITAL
www.onetrackergps.com

NIT: 900.459.311-1
IVA RÉGIMEN COMÚN - ACTIVIDAD PRINCIPAL 4290
AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN 18764088464904
AUTORIZADA DEL MA 7001 AL MA 9000
FECHA INICIO: 06/02/2025
FECHA FINAL: 06/02/2027

**MÁQUINAS AMARILLAS S.A.S.**

**FECHA** Julio 21 DE 2025

**FACTURA DE VENTA ELECTRONICA** **MA** **7733**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRE** | DELSER E HIJOS S EN C | **FECHA VENCIMIENTO** | Julio 21 DE 2025 |
| **NIT** | 901758955 - 0 | **FORMA DE PAGO** | CONTADO |
| **DIRECCIÓN** | CR 15 A NO. 106 41 AP 602 | **PEDIDO No.** | |
| **CIUDAD** | BOGOTÁ | | |
| **TELÉFONO** | | | |

| CANTIDAD | REFERENCIA | DESCRIPCION | VR. UNITARIO | VR. TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| 1.00 | | VENTA DE MAQUINARIA NUEVA - SHANTUI<br><br>PRODUCTO: EXCAVADORA<br>MARCA: SHANTUI<br>MC750037<br>SERIAL: 66SE07EJNR0015149<br>AÑO MODELO: 2024<br>REFERENCIA: SE75<br>MOTOR: CNJ0989<br>COLOR AMARILLO<br>DECLARACION DE IMPORTACION:352025000098705-9<br>.<br>CONTRATO DE COMPRAVENTA 16032307<br>.<br><br>POR FAVOR CONSIGNAR A:<br>CUENTA CORRIENTE BANCOLOMBIA<br>No.03135729416 | 239,495,799.00 | 239,495,799.00 |

**SON:** DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MILLONES UN PESOS

| | |
|---|---|
| SUBTOTAL | 239,495,799 |
| IVA | 45,504,202 |
| RETEFUENTE | |
| RETE ICA | |
| RETE IVA | |
| **TOTAL** | **285,000,001** |

ELABORADO POR:

DIANY

**ACEPTACION DE FACTURA POR MEDIO DE CORREO ELECTRÓNICO, FIRMADA POR REPRESENTANTE LEGAL Ó PERSONA AUTORIZADA**

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA PARA TODOS SUS EFECTOS A UN TITULO VALOR. SEGUN LO DESCRITO EN LA LEY 1231 DE 2008. EN CASO DE MORA EN EL PAGO SE COBRARÁN INTERESES SOBRE SALDOS A LA MÁXIMA TASA MENSUAL VENCIDA AUTORIZADA POR LA LEY. CON ÉSTA, EL COMPRADOR DECLARA HABER RECIBIDO REAL Y MATERIALMENTE LAS MERCANCÍAS Y SERVICIOS DESCRITOS EN ESTE TÍTULO VALOR.

CUFE: 23a83834df526edc93cac97c0faee1dbb3c41043df65c0c42d93bbe3596405fa864b257e5248e2016ee253729048

Bogotá, 24 de Julio de 2025

**ACTA DE ENTREGA**

Ref.: ASUNTO

Por medio de la presente me permito entregar a la empresa **DELSER E HIJOS S EN C**, quien realizara el retiro del siguiente elemento transportado en el vehiculo placa TRL 224, Conductor CRISTIAN DANIEL URIBE AVILA identificado con cedula de ciudadanía numero 1.015.444.603 autorizado para retirarla.

| Cantidad | Descripcion | Referencia |
|---|---|---|
| 1 | RETROEXCAVADORA MARCA SHANTUI SE 75 | SERIE 66SE07EJNR0015149<br>MC750037<br>Año 2024 |
| 2 | MANUALES PARTS BOOK /OPERATOR | SHANTUI |
| 1 | CAJA DE HERRAMIENTAS | SHANTUI |
| 1 | TARJETA DE PROPIEDAD | SHANTUI |
| 1 | JUEGO DE LLAVES (2) | SHANTUI |
| 1 | DETALLE PARA CLIENTE (GORRA-SOMBRILLA). | MAQUINAS AMARILLAS SHANTUI |

Quedando bajo su responsabilidad y cuidado.

Cordialmente;

MÁQUINAS AMARILLAS
APROBADO

Lina Campos Martínez

Profesional del proyecto

MAQUINAS AMARILLAS S.A.S
PLANTA MANAS

| | |
|---|---|
| RECIBIDO Y ACEPTADO POR | ISAAC F. de Hernandez |
| Firma | |
| C.C. | 79309.077 |
| Fecha | 24/JULIO/2025 |

Bogotá/ Cra 17 # 142-25
Tel 702-3060
Cel: 321-469-0709
gerencia@maquiamarillas.com
www.maquiamarillas.com

MÁQUINAS AMARILLAS

ISO 9001:2015
ISO 14001:2015
ISO 45001:2018
BUREAU VERITAS
Certification
BUREAU VERITAS 1828

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.057.597.030**

**BARRERA RODRIGUEZ**

APELLIDOS

**EDGAR FABIAN**

NOMBRES

Edgar Fabian Barrera R

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-1995**

**SOGAMOSO**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**M** SEXO

**28-ENE-2013 SOGAMOSO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-0727700-01028144-M-1057597030-20180730 **0062**13659A 1 7325061656

ARL | sura

Medellín, 23 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO GRUPO BOSA.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C1057597030 | BARRERA RODRIGUEZ EDGAR FABIAN | 24/07/2025 | | 63951817 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 23/07/2025 14:54:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 201.244.197.228, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADRES

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1057597030 |
| NOMBRES | EDGAR FABIAN |
| APELLIDOS | BARRERA RODRIGUEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/07/2024 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 07/22/2025 09:42:25 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

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:

**EDGAR FABIAN BARRERA RODRIGUEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.057.597.030**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Julio 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.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**EDGAR FABIAN BARRERA RODRIGUEZ**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1057597030*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**BÁSICO EN OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA PESADA (RETROCARGADOR)**

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Armenia, a los trece (13) días del mes de julio de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
Subdirector
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y LA INDUSTRIA
REGIONAL QUINDÍO

**76829425 - 13/07/2021**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9231002362738CC1057597030C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **72.047.324**

**HERNANDEZ PALMA**

APELLIDOS

**FREDYS**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-1975**

**MALAMBO**
**(ATLANTICO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**M** SEXO

**16-JUN-1993 MALAMBO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0302200-00956221-M-0072047324-20171120 0058533564A 2 9902226606

Medellín, 01 de July de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS**

**HACE CONSTAR:**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de INGENIERIA DINO DISEÑOS CONSULTORIA Y CONSTRUCCION SAS.

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio cobertura | Fecha fin cobertura | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: | 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: | 6.96 % | |
| C72047324 | HERNANDEZ PALMA FREDYS | 02/07/2025 | | H1593113 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 01/07/2025 09:47:36 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.85.240.123, 198.143.41.36, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4015037977 | 0\|1\|0\|7\|2\|0\|2\|5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)** 

**1.tipo de tramite**
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

**3.Regimen**
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

**4.Contribución Solidaria**
Si ☐ No ☒

**5. Tipo de afiliado**
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

**6. Tipo de cotizante**
A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

**7.Codigo** (a registrar por la EPS) 1

**A. AFILIACIÓN**

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 |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | PALMA | FREDYS | |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 72047324 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |
| COLOMBIA | COLOMBIA | | | 1\|8\|0\|2\|1\|9\|7\|5 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ No ☒ |
|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel | Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| | | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CR 76 C 61 C SUR 68 | | 3011912574 | FREDYSHERNANDEZ751@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | 170 | Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| | | | |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |
| | | | | |

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

| | 35. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

**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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

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

Seleccion de la IPS Primaria

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) | |
|---|---|---|---|---|
| C | VS CLINICA SUBA - VS CLINICA SUBA | | VSCLINSUBA - VSCLINSUBA | |
| B | - | | - | |
| B | - | | - | |
| B | - | | - | |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| INGENIERIA DINO DISENOS CONSULTORIA Y CONSTRUCCION | NIT | 901798659 | |

**59.Ubicación**

| Dirección | Teléfono fijo o celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/distrito |
|---|---|---|---|---|
| CL 19 20 76 | 6572857 | PSMSAS2019@GMAIL.COM | BOGOTA | BOGOTA |

| No de Radicacion |
|---|
| 4015037977 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion 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 relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | 62. Sexo biológico | 63.Sexo identificación | 64.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

| 65.EPS anterior | 66.Fecha de Novedad | 67.Motivo de traslado Código: | 68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 0\|2\|0\|7\|2\|0\|2\|5 | ☐ | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje 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 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

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| ☐ | |

## IX. FIRMAS

| 80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 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.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **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 consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## 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 documento de identidad | Número documento de identidad | 95.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| ☐ | | |
| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | |

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**