
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.049.631.579
TORRES ALTAMAR
APELLIDOS
YORMAN ENRIQUE
NOMBRES
Yorman Torres
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-FEB-1998
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-JUN-2017 CLEMENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

ARL | sura

Medellín, 09 de September 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 %	
01046831579	TORRES ALTAMAR YORMAN ENRIQUE	10/09/2025		180p1403	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

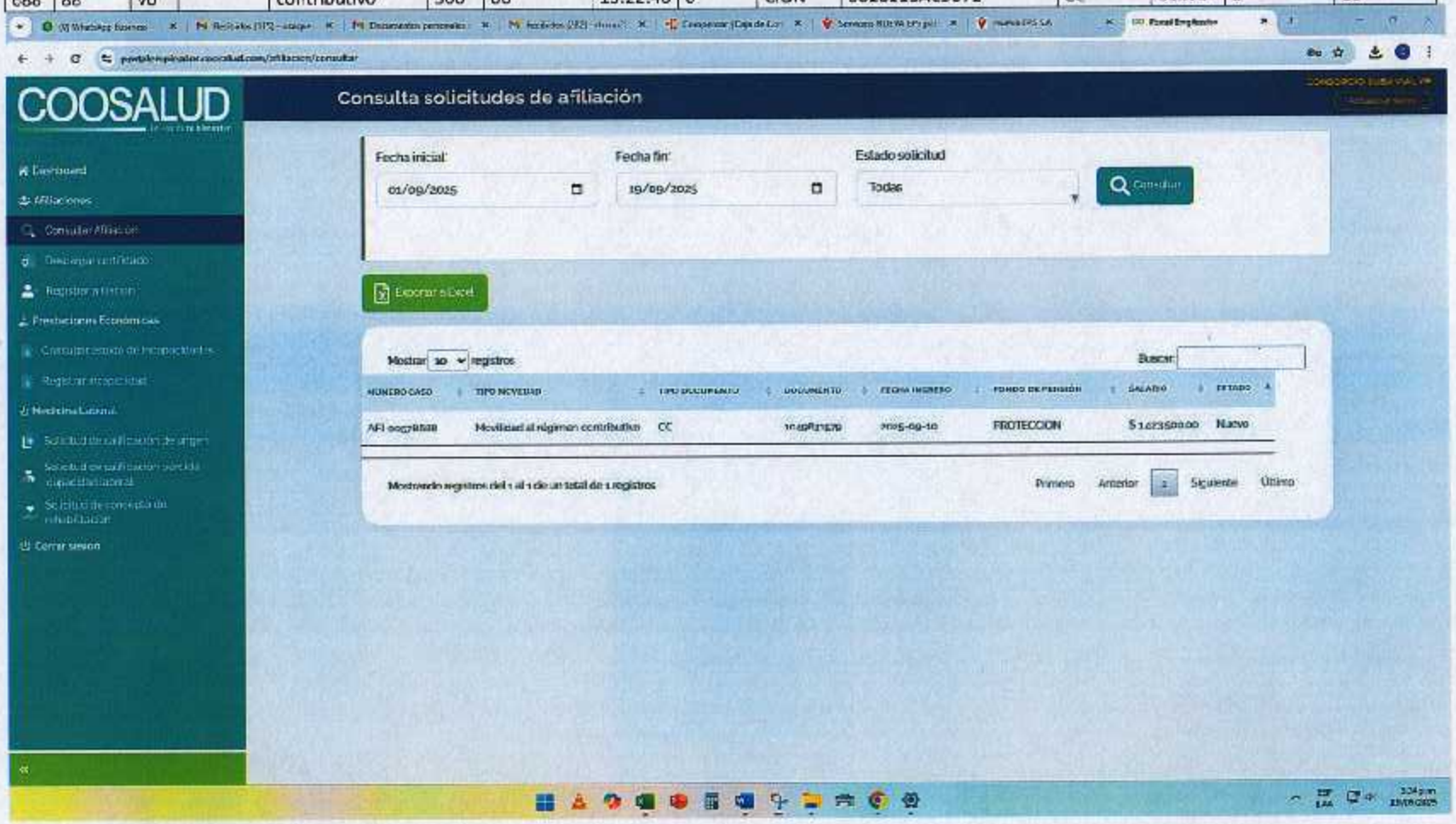
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/09/2025 17:44:32.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.37.225, 192.230.104.6, 172.16.42.57

Id	NumeroCaso	Estado	CanalRecepcion	TipoNovedad	TipoSolicitud	Salario	SalarioFormateado	FechaCreacion	FechaIngreso	FondoPension	AfiliadoId	Propietario	TipoDocumento	Documento	FechaCreacionDate	FechaIngresoDate
578688	AFI-00578688	Nuevo		Movilidad al régimen contributivo		1423500	$ 1.423.500,00	2025-09-19 15:22:40	2025-09-10 00:00:00	PROTECCION	980A6E8357DB1E35E053020213AC9B72		CC	1049831579	2025-09-19T00:00:00	2025-09-10



COOSALUD
En Pos de tu bienestar

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

CERTIFICA:

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

Tipo y No. de documento:	CC 1049831579
Nombres:	YORMAN ENRIQUE TORRES ALTAMAR
Tipo de afiliado:	Cabeza de familia
Fecha de afiliación:	2018-12-08
Estado de afiliación:	Retirado
Régimen:	Subsidiado
Nivel Sisben:	1
Departamento - Municipio:	BOLIVAR CARTAGENA DE INDIAS
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

OBSERVACIONES:
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2025 08-13 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-09-12

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRES ALTAMAR YORMAN ENRIQUE** identificado(a) con **CC** número **1.049.831.579** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de julio 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 10 de septiembre 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 comunícarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 86** -
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/**

Bogota - 9-sep-2025

asunto: Traslado de eps

Yo. Yorman Enrique Torres AHamar autorizo el Traslado de la eps a Saludtotal ya que estoy en Bogotá y No hay cobertura que tenia con coosalud y no tengo beneficiarios.
en Bogota

Yorman Enrique Torres AHamar
1049831579
3005469727
Yormantorres910@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.102.584.473

PALACIO MUÑOZ

APELLIDOS

MARIA MERCEDES

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1994

SUCRE
(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

13-NOV-2012 SUCRE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2828000-00421577-F-1102584473-20130116 0032150582A 1 38771138

ARL | sura

Medellín, 12 de September 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 %
C1102584473	PALACIO MUÑOZ MARIA MERCEDES	15/09/2025		IF201182	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 12/09/2025 16:12:50 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.57.225, 198.143.41.4, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015531984	2121019210215

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒
2. Tipo afiliado: A. Individual ☐ -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Cotizante ☐ C. Institucional ☐ D. Pensionado ☐
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 Estudiante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐
7. Codigo (la registrar por la EPS): ☐☐

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: PALACIO | Segundo apellido: MUÑOZ | Primer nombre: MARIA | Segundo nombre: MERCEDES
9. Tipo documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1103884473
11. Sexo biológico: Femenino ☒ Masculino ☐
12. Sexo identificación: F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad: COLOMBIA
14. Lugar Nacimiento: País: COLOMBIA Departamento: SUCRE Municipio: SUCRE
15. Fecha nacimiento: 08/10/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia: 6
17. Comunidad:
18. Discapacidad: SI ☐ No ☒ — Categoría Discapacidad:
19. Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ NO ☒
20. Clasificación SISBEN: Nivel: Grupo:
21. Grupo población especial:
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL: SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR PPS
24. Ingreso base de cotizacion - IBC: 2000000
25. Tarifa Contribución Solidaria:
26. Residencia: Dirección: CL 167 54 D 3 BRR BRITALIA | Telefono fijo: | Telefono celular: 3148788118 | Correo electronico: MAMPALACIO@GMAIL.COM
Departamento: BOGOTA | Municipio/Distrito: BOGOTA | Localidad / comuna: SUBA | zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
28. Tipo documento de identidad
29. Número documento identidad
30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐
31. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
32. Nacionalidad
33. Lugar Nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha Nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar Nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría	50. Incapacidad Permanente: SI	NO
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional la registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	DIRECCION	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRONICO
01			
02			
03			
04			
05			

Relacion 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	VSCLINISUBA - VSCLINISUBA
3	-	-
4	-	-
5	-	-

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

55. Nombre o razón social: CONSORCIO SUBA VIAL VR
56. Tipo de Identificación: NIT
57. Número de documento de identificación: 901009393
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS): 01
59. Ubicación: Dirección: AC 9 113 BI CF 906TO UNIDAS 005 | Telefono fijo o celular: 5893898 | Correo electrónico: RH.SUBAVIAL@GMAIL.COM | Departamento: BOGOTA | Municipio/Distrito: BOGOTA

M-PYGA-F001 V 1.0 2014

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:

MARIA MERCEDES PALACIO MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.584.473,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Septiembre 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

MARIA MERCEDES PALACIO MUÑOZ

Con Tarjeta de Identidad No. 94.102.616.973

Cursó y aprobó la acción de Formación

TOPOGRAFÍA

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Barranquilla, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
RAFAEL EDUARDO DE LA ROSA MERCADO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

RAFAEL EDUARDO DE LA ROSA MERCADO
SUBDIRECTOR
CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
REGIONAL ATLÁNTICO

10707915 - 28/11/2012
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 920800430513T194102616973C.

130

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

MARIA MERCEDES PALACIO MUÑOZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1102584473

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Levantar superficies altimétricamente según especificaciones técnicas de topografía. - NIVEL INTERMEDIO

Código: 280301187 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en VILLAVICENCIO, A los diecisiete (17) días del mes de Junio de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

Bertha Lucia Ramirez P.

1037352 - 17/06/2021
NoY FECHA REGISTRO

Vigencia:
hasta el 17 de Junio de 2024

BERTHA LUCIA RAMIREZ PARRA
Subdirectora CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 953200280301187CC1102584473C.

127

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.013.458
PARRA BERDUGO

APELLIDOS
WILLIAM EDUARDO

NOMBRES



William Eduardo Parra Berdugo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1987

DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

22-MAR-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-1500150-00755097 M-1019013458-20160303 0000152727A 1 1203161083

ARL | sura

Medellín, 16 de September 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 %
C1019013458	PARRA BERDUGO WILLIAM EDUARDO	17/09/2025		33153720	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 16/09/2025 16:40:23 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.37.225, 192.230.104.6, 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	1019013458
NOMBRES	WILLIAM EDUARDO
APELLIDOS	PARRA BERDUGO
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	01/11/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/15/2025 17:04:31	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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**,

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:

WILLIAM EDUARDO PARRA BERDUGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.013.458**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 15 de Septiembre 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
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 5035868

COL

COVA
APELLIDOS
GEORGE ALBERTO
NOMBRES
VEN M
NACIONALIDAD SEXO
15317790
DNI Nro.
16-06-1978
FECHA DE NACIMIENTO
30-03-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISADO

FIRMA

E0532539

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5035868<<9<<<<<<<<<<<<<<<
7806164M3105308VENE0532539<<<1
COVA<<GEORGE<ALBERTO<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 18 de September 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 FRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
X5035868	COVA GEORGE ALBERTO	19/09/2025		Q2071262	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 18/09/2025 16:55:47.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.37.225, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

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	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	5035868
NOMBRES	GEORGE ALBERTO
APELLIDOS	COVA
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	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	03/12/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/18/2025 14:19:28	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".

Powered by CamScanner

Pensiones Obligatorias

porvenir

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

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

GEORGE ALBERTO COVA, identificado(a) con permiso de proteccion temporal **5.035.868,** se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 02 de febrero de 2023.

La presente certificación se expide el 18 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.113.923
TELLEZ ALARCON
APELLIDOS
LUIS EDUARDO
NOMBRES

Luis Eduardo Tellez A.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1972
EL COCUY
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-AGO-1992 EL COCUY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00197799-M-0004113923-20081114 0005960183A 2 1490020415

ARL | sura

Medellín, 23 de September 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 %
C4113923	TELLEZ ALARCON LUIS EDUARDO	24/09/2025		96414936	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 23/09/2025 14:34:44.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.37.225, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/09/2025, 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
9312926	19/09/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CEDULA DE CIUDADANÍA	1052103315	JAVIERALEXIS ALBARRACIN SARMIENTO	2500000	TOPOGRAFO	2025-09-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Septiembre del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

LUIS EDUARDO TELLEZ ALARCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **4.113.923** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 9 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.082.934.449
CHARRIS ROMO
YISELA PATRICIA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1990
VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
25-JUN-2009 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

ARL | sura

Medellín, 29 de Septiembre 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
C1082934449	CHARRIS ROMO YISELA PATRICIA	29/09/2025		16417013	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C799470812527225517

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 29/09/2025 07:05:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.37.225, 192.230.104.6, 172.16.42.57

146

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	1082934449
NOMBRES	YISELA PATRICIA
APELLIDOS	CHARRIS ROMO
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/26/2025 15:34:48	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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:

YISELA PATRICIA CHARRIS ROMO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.082.934.449**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.049.764**

TABARES MONROY

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUL-1979**

BUENAVENTURA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-ABR-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00783503-M-0080049764-20091006 0016872664A 2 1160107030

ARL | sura

Medellín, 29 de Septiembre 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
C80049764	TABARES MONROY CARLOS ANDRES	30/09/2025		95232k20	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:C799470812527234749

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 29/09/2025 09:39:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.25.37.225, 198.143.47.30, 172.16.42.57

150.

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	80049764
NOMBRES	CARLOS ANDRES
APELLIDOS	TABARES MONROY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA

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	01/04/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/26/2025 15:56:32	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

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 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

CARLOS ANDRES TABARES MONROY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.049.764**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 26 de Septiembre de 2025.

Corcialmente,

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
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CARLOS ANDRES TABARES MONROY

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 80049764

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Replantear los diseños de acuerdo con planos y especificaciones técnicas de construcción - NIVEL AVANZADO

Código: 280301171 - Versión: 2

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los uno (1) días del mes de Diciembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

1479146 01/12/2022
No Y FECHA REGISTRO

ANDREA LORENA REALPE GAVIRIA
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Vigencia:
Hasta el 1 de Diciembre de 2025

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9209002803011712222CC80049764C.

153

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CARLOS ANDRES TABARES MONROY

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 80049764

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Coordinar construcción de estructuras de acuerdo con planos y especificaciones técnicas - NIVEL INTERMEDIO

Código: 280301204 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los dos (2) días del mes de Diciembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

1479587 - 02/12/2022
No Y FECHA REGISTRO

ANDREA LORENA REALPE GAVIRIA
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Vigencia:
hasta el 2 de Diciembre de 2025

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9209002803012042210C80049764C.

164

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

CARLOS ANDRES TABARES MONROY

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 80049764

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Verificar construcción de preliminares de obra según planos y especificaciones técnicas - NIVEL AVANZADO

Código: 280301203 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los dos (2) días del mes de Diciembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

1479559 - 02/12/2022
No Y FECHA REGISTRO

ANDREA LORENA REALPE GAVIRIA
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Vigencia:
hasta el 2 de Diciembre de 2025

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 92090028030120322ICC80049764C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

A1

Privada

500

1. Año 2014

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

PO 2851 - 2014.

4. Número de formulario

032014000794475-2

9191814665

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 860003437 | 6. DV: 9 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: CENTRAL SAS

13. Dirección: AV AMERICAS 36 11 | 14. Teléfono: 3690500 | 12. Cód. Admón.: 03 | 16. Cód. Dpto: 11 | 17. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 830003079 | 25. DV: 5 | 28. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS PROFESIONAL S.A.S NIVEL 1 - SIAP | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 0080

29. Número documento de identificación: 11347617 | 30. Apellidos y nombres: ALFONSO PRADA HECTOR

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. XXXXXXXXXXXXXXX	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
BOG	13907	No. 032014000014218	2014 - 05 - 19	No. 6350-0454-404.013	2014 - 05 - 02

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
DOOSAN INFRACORE CO. LTD.	INCHEON	190

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
INJOONG-RO 489 HWASU-DONG, DONG-GU, 401-020	82233982680

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 $ ove.
60023357	2014 - 05 - 06	249	1	169	11	TRANSPORTES SARVI LTDA	1,927.80

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
	8429510000	XX	XX	C200	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	comp.	72. Peso neto kgs.	comp.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad comp.
01	01	190	24,230.00		21,807.00		PK	18	1	U	8.00

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
203,543.58	7,590.00

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
925.95	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
8,515.95	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código régimen o licencia	86. Número
212,059.53	X	XXXXXXXXXX

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cod interno del Producto
99	XXXX	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	408,808,362	0	0	0
IVA	16.00	408,808,362	65,409,000	65,409,000	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0	0	0	0	0
Sanción	0	0	0	0	
Rezago	0	0	0	0	
		Total	65,409,000		0

91. Observación de las mercancías: incluir la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, serial es y otros) Si el espacio es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario

TS: 1. DO: 438189; IMPORTACIÓN: 438189; DECLARACIÓN: 1; PEDIDO: CARGADOR S-570. (Bogcristhi).MERCANCIA UBICADA EN MAGNUM ZONA FRANCA S.A. CRA 106 NO 15A-25 MZ 10 BG 66 BOGOTA. MERCANCIA NUEVA DE PRIMERA CALIDAD SIN REGISTRO DE IMPORTACION SEGUN DECRETO 0925 DEL 2013. NOS ACOGEMOS AL DECRETO NÚMERO 1755 ART 1 DE 2013, MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO POR EL CUAL SE MODIFICA PARCIALMENTE EL ARANCEL DE ADUANAS,LIQUID POWERED, CLASS 9, UN3166 NOS ACOGEMOS A LA CIRCULAR EXTERNA No 9 DEL 2013. MERCANCIA PE LIGROSA, NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0723 DEL 10 DE ABRIL DEL 2014 PARA MAQUINARIA AMARILLA.NO REQUIERE NUMERO DE IDENTIFICACION VEHICULAR (VIN) YA QUE NO ES PARA SERVICIO PUBLICO SEGUN RESOLUCIÓN NÚMERO 5646 DE 2009, MINISTE. RIO DE TRA(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 Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración: 032014000794475 133. Fecha: 2014 05 22
134. Levante No: 032014000623072	135. Fecha: 2014 - 05 - 22	Firma funcionario responsable: AGENCIA DE ADUANAS PROFESIONAL S.A.S. NIVEL 1 NIT. 830.003.079-5 CÓD. 0080 SIAP
136. Nombre 137. C.C. No	ANTONIO DONADO C.C.1.044.424.000	

Firma declarante

AGENCIA DE ADUANAS PROFESIONAL SAS NIVEL 1 NIT.830003079-5 CÓD.0080 SIAP No. 14 - 66

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción)

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario

980. Pago Total $ 65,409,000

998. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo)

BOGOTA
Autoadhesivo 01165081336323
Fecha presentación 2014-05-22 18:02:00
Valor pagado $65,409,000

Fecha de Impresión: 2014-05-22 19:25:09

20140485587312

Scanned by CamScanner

DIAN
REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : 032014000794475-2
Subpartida : 8429510000

108 Continuación descripción mercancías (incluya marcas, seriales y otros)

NSPORTE. NC: CARGADOR; MARCA: BOBCAT; MOD: S570; REF: SIN REFERENCIA; CANT: 1; UNDS// PRODUCTO: CARGADOR MOTOR DIESEL, TRANSM
ISION HIDROSTATICA EN SUS CUATRO RUEDAS; USO O DESTINO: INDUSTRIAL (AGRICOLA, INDUSTRIAL), BOBCAT BASE MODEL S570B, SERIAL: A7U71
3919 ENGINE NO: BDQ0685 2014 MODEL YEAR // MOTOR MARCA KUBOTA V2507-T // SERIAL NO: BDQ0685 // CODE NO: 1J711-00000 MADE IN JAPAN
 // VIENE CON VIDRIO FRONTAL CON PARABRISAS Y VIDRIOS LATERALES CON SU RESPECTIVA CUCHARA ITEM No 6731421BOE BUCKET 74 L/P+BOLT-O
N CUTTING EDGE; PARTE NO: 6731421 74 LOPRO // 13.0 CU FT (37 MCU) ISO STRUCK // 17.6 CU FT (50 MCU) ISO HEAPED BKT WT 506 LBS
 (230 KG). __ NC: CARGADOR; MARCA: BOBCAT; MOD: S570; REF: SIN REFERENCIA; CANT: 1; UNDS// PRODUCTO: CARGADOR MOTOR DIESEL, TRA
NSMISION HIDROSTATICA EN SUS CUATRO RUEDAS; USO O DESTINO: INDUSTRIAL (AGRICOLA, INDUSTRIAL), BOBCAT BASE MODEL S570B, SERIAL: A7
U713923 ENGINE NO: BDQ0467 2014 MODEL YEAR // MOTOR MARCA KUBOTA V2607-T // SERIAL NO: BDQ0467 / CODE NO: 1J711-00000// MADE IN J
APAN VIENE CON VIDRIO FRONTAL CON PARABRISAS Y VIDRIOS LATERALES CON SU RESPECTIVA CUCHARA ITEM No 6731421BOE BUCKET 74 L/P+BOLT-
ON CUTTING EDGE; PARTE NO: 6731421 74 LOPRO // 13.0 CU FT (37 MCU) ISO STRUCK // 17.6 CU FT (50 MCU) ISO HEAPED BKT WT 506 LB
S (230 KG). __ NC: CARGADOR; MARCA: BOBCAT; MOD: S570; REF: SIN REFERENCIA; CANT: 1; UNDS// PRODUCTO: CARGADOR MOTOR DIESEL, T
RANSMISION HIDROSTATICA EN SUS CUATRO RUEDAS; USO O DESTINO: INDUSTRIAL (AGRICOLA, INDUSTRIAL). BOBCAT BASE MODEL S570B, SERIAL:
A7U713966 ENGINE NO: BEA2390 2014 MODEL YEAR // MOTOR MARCA KUBOTA V2607-T // SERIAL NO: BEA2390 // CODE: 1J711-00000 MADE IN JAP
AN CON SU RESPECTIVA CUCHARA ITEM No 6731421BOE BUCKET 74 L/P+BOLT-ON CUTTING EDGE; PARTE NO: 6731421 74 LOPRO // 13.0 CU FT (37
 MCU) ISO STRUCK // 17.6 CU FT (50 MCU) ISO HEAPED BKT WT 506 LBS (230 KG). __ NC: CARGADOR; MARCA: BOBCAT; MOD: S570; REF:
 SIN REFERENCIA; CANT: 1; UNDS// PRODUCTO: CARGADOR MOTOR DIESEL, TRANSMISION HIDROSTATICA EN SUS CUATRO RUEDAS; USO O DESTINO: I
NDUSTRIAL (AGRICOLA, INDUSTRIAL), BOBCAT BASE MODEL S570B, SERIAL: A7U713967 ENGINE BEA2547; 2014 MODEL YEAR // MOTOR MARCA KUBOT
A V2607-T // SERIAL NO. BEA2547 // CODE NO: 1J711-00000 MADE IN JAPAN; CON SU RESPECTIVA CUCHARA ITEM No 6731421BOE BUCKET 74 L/P
+BOLT-ON CUTTING EDGE; PARTE NO: 6731421 74 LOPRO // 13.0 CU FT (37 MCU) ISO STRUCK // 17.6 CU FT (50 MCU) ISO HEAPED BKT WT
506 LBS (230 KG). FACTURA: 60023368; FECHA: 2014/05/06. __ NC: CARGADOR; MARCA: BOBCAT; MOD: S570; REF: SIN REFERENCIA; CANT:
1; UNDS//; PRODUCTO: CARGADOR MOTOR DIESEL, TRANSMISION HIDROSTATICA EN SUS CUATRO RUEDAS; USO O DESTINO: INDUSTRIAL (AGRICOLA, I
NDUSTRIAL); BOBCAT BASE MODEL S570B, SERIAL: A7U713962; ENGINE NO: BEA0304; 2014 MODEL YEAR // MOTOR KUBOTA V2607-T // SERIAL NO.
 BEA0304 // CODE 1J11-00000 // MADE IN JAPAN; CON SU RESPECTIVA CUCHARA; ITEM No 6731421BOE BUCKET 74 L/P+BOLT-ON CUTTING EDGE; P
ARTE NO: 6731421 74 LOPRO // 13.0 CU FT (37 MCU) ISO STRUCK // 17.6 CU FT (50 MCU) ISO HEAPED BKT WT 506 LBS (230 KG). __
NC: CARGADOR; MARCA: BOBCAT; MOD: S570; REF: SIN REFERENCIA; CANT: 1; UNDS//; PRODUCTO: CARGADOR MOTOR DIESEL, TRANSMISION HIDROS
TATICA EN SUS CUATRO RUEDAS; USO O DESTINO: INDUSTRIAL (AGRICOLA, INDUSTRIAL), BOBCAT BASE MODEL S570B SERIAL: A7U713963 ENGINE N
O: BEA0351 2014 MODEL YEAR // MOTOR MARCA KUBOTA V2607-T // SERIAL NO: BEA0351 // CODE NO: 1J711-00000 // MADE IN JAPAN CON SU RE
SPECTIVA CUCHARA ITEM No 6731421BOE BUCKET 74 L/P+BOLT-ON CUTTING EDGE; PARTE NO: 6731421 74 LOPRO // 13.0 CU FT (37 MCU) ISO S
TRUCK // 17.6 CU FT (50 MCU) ISO HEAPED BKT WT 506 LBS (230 KG). __ NC: CARGADOR; MARCA: BOBCAT; MOD: S570; REF: SIN REFEREN
CIA; CANT: 1; UNDS// PRODUCTO: CARGADOR MOTOR DIESEL, TRANSMISION HIDROSTATICA EN SUS CUATRO RUEDAS; USO O DESTINO: INDUSTRIAL (A
GRICOLA, INDUSTRIAL), BOBCAT BASE MODEL S570B, SERIAL: A7U713964 ENGINE NO: BEA2509 2014 MODEL YEAR // MOTOR MARCA KUBOTA V2607-T
 // SERIAL NO: BEA2509 // CODE: 1J711-00000 // MADE IN JAPAN CON SU RESPECTIVA CUCHARA ITEM No 6731421BOE BUCKET 74 L/P+BOLT-ON C
UTTING EDGE; PARTE NO: 6731421 74 LOPRO // 13.0 CU FT (37 MCU) ISO STRUCK // 17.6 CU FT (50 MCU) ISO HEAPED BKT WT 506 LBS (
230 KG). __ NC: CARGADOR; MARCA: BOBCAT; MOD: S570; REF: SIN REFERENCIA; CANT: 1; UNDS// PRODUCTO: CARGADOR MOTOR DIESEL, TRANS
MISION HIDROSTATICA EN SUS CUATRO RUEDAS; USO O DESTINO: INDUSTRIAL (AGRICOLA, INDUSTRIAL), BOBCAT BASE MODEL S570B, SERIAL: A7U7
13965 ENGINE NO: BEA2353 2014 MODEL YEAR // MOTOR MARCA KUBOTA V2607-T// SERIAL NO: BEA2353 // CODE 1J11-00000 MADE IN JAPAN / CO
N SU RESPECTIVA CUCHARA ITEM No 6731421BOE BUCKET 74 L/P+BOLT-ON CUTTING EDGE; PARTE NO: 6731421 74 LOPRO // 13.0 CU FT (37 MCU
) ISO STRUCK // 17.6 CU FT (50 MCU) ISO HEAPED BKT WT 506 LBS (230 KG) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

032014000794475-2

Espacio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora

Scanned by CamScanner

GIOVANNI ESTEPA BENAVIDES__minicargadores___
Ing. Civil, Especialista en Ingeniería Ambiental y Obras de Urbanismo, Acueductos y Alcantarillados
Carrera 73 # 7 33 -Tel: 311 2573642 - gestepa@hotmail.com Bogotá, Colombia





HOJA DE VIDA DE EQUIPOS / MAQUINARIA

ESPECIFICACIONES TECNICAS	CARACTERISTICAS
NOMBRE DEL EQUIPO	MINI CARGADOR FRONTAL AUTO PROPULSADO
MARCA	BOBCAT
MODELO	2014
SERIE	S-570
POTENCIA	1900
FABRICANTE Y LUGAR DE ORIGEN	Bobcat Company - Melrose Manufacturing Company (Minnesota USA)
FECHA DE ADQUISICION	Octubre / 2016
NOMBRE PROVEEDOR + DIRECCION	CENTRA SAS
REQUISITOS DEL FABRICANTE	VER MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
MANTENIMIENTO RECOMENDADO POR EL FABRICANTE	VER MANUAL DE FUNCIONAMIENTO
GARANTIA	1 AÑO

INFORMACION DE ANTERIORES MANTENIMIENTOS

*	FECHA	HODOMETRO	DESCRIPCION	LUGAR
1	16/04/2024	853.1	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	BOGOTA
2	17/09/2024	1250.6	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	BOGOTA
3	13/12/2024	1804	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MOSQUERA
4	15/04/2025	1889	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	FUNZA
5	04/08/2025	2352	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	BOSA

DESCRIPCIÓN DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO NECESARIO

	ACTIVIDAD / PERIODICIDAD	MATERIALES A UTILIZAR	LUGAR
1	CAMBIO ACEITE MOTOR CAMBIO FILTRO DE ACEITE MOTOR, COMBUSTIBLE Y TRAMPA DE AGUA	CANECA	FUNZA
2	CAMBIO DE FILTRO INTERNO AIRE CAMBIO DE FILTRO EXTERNO AIRE LIMPIEZA DE SISTEMA DE ADMISION DE AIRE	FILTROS AIRE HOMOLOGADOS	FUNZA
3	REVISION NIVELES DE ACEITE HIDRÁULICO REVISION DE NIVELES DE REFRIGERANTE REVISION DE ACIATE DE TRANSMISION	NINGUNO ACEITE 15 W 40 PARA MOTOR DIESEL	FUNZA

HISTORIAL DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS REALIZADOS

	DESCRIPCION	AVERIA O DAÑO ENCONTRADO	REPUESTOS	LUGAR - FECHA
	Reemplazo de filtros de aire	Desgaste general	Interno y externo	Bogota, Agosto de 2025
	Reemplazo de Aceite Hidraulico	Desgaste general	ACEITE 68 PARA SISTEMAS HIDRAULICOS	Bogota, Agosto de 2025
	Reemplazo de Aceite de Cadenas	Desgaste general	ACEITE 15 W 40	Bogota, Agosto de 2025

DIAGNOSTICC DE INVENTARIO SEMESTRAL

FECHA	OBERVACIONES SOBRE EL ESTADO DE LA MAQUINARIA
04/08/2025	NO SE PRESENTA NINGUNA AVERIA EN LOS SISTEMAS HIDRAULICOS Y MECANICOS DEL CARGADOR
	EJECUTAR MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE ACEITE MOTOR Y FILTRO AIRE SEGÚN MANUAL.
01/07/2025	REFUERZOS METALICOS BALDE

HOROMETRO	FECHA	EJECUTADO / FIRMA	REVISADO
2352	04/08/2025	ALEXANDER USECHE TORRES Ingeniero Mecánico	

Bobcat

Bobcat S570

Ficha tecnica & Especificaciones

Datos técnicos - S570 Bobcat

Peso	2.94 t	Capacidad de carga nominal	942 kg
Neumáticos estándar	10x16.5 10-ply.	Ancho cuchara	1.73 m
Capacidad cuchara	0.93 m³	Protección para el conductor	KbR
Tipo de dirección	AL	Longitud de transporte	3.38 m
Anchura transporte	1.73 m	Altura de transporte	1.97 m
Velocidad	17.3 km/h	Altura de vertido máx.	2.32 m
Fabr. del motor	Bobcat	Modelo de motor	D24
Rendimiento de motor	42.5 kW	Cilindrada	2.392 l
Revoluciones	1800 rpm	Par máximo	205 Nm
N° de cilindros	4	cilindro Diámetro x carrera	90x94 mm
Nivel de emisión	IIIB	Anchura oruges	###
Potencia elevac.	###	Medidas lxanxa	###



Bogotá, septiembre de 2025

Señores
CONSORCIO SUBA VIAL VR
Bogotá D. C

ASUNTO: CARTA DE COMPROMISO – MANTENIMIENTO MAQUINARIA

Por medio de la presente me permito dirigirme a Usted con el fin de establecer un compromiso de hacer los mantenimientos periódicos reglamentarios al **MINICARGADOR MARCA BOBCAT S-570, serie A7U713965 modelo 2015**, maquinaria de mi propiedad, de acuerdo con el manual suministrado por el fabricante de la máquina.

Cordialmente



GIOVANNI ESTEPA BENAVIDES
CC 79'483.095
NIT 79.483.095-9
Ingeniero Civil - ULS
Cel. 311 25 73 648



Copia: fólder maquinaria S-570– consecutivo



GIOVANNI ESTEPA BENAVIDES

Ing. Civil, Especialista en Ingeniería Ambiental y Obras de Urbanismo, Acueductos y Alcantarillados
Carrera 73 # 7 b 55 -Tel: 311 2573648 Giobendito@Gmail.com Bogotá Colombia


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 79.328.481
HURTADO REYES
NOMBRES
ARMANDO


FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-1964
GUADUAS
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
O+
M
18-MAR-1983 BOGOTA D.C
INDICE DERECHO

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Hacienda

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

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

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	ALDO GIOVANNI ESTEPA BENAVIDES		
Tipo de documento de identificación	NI	**Número de documento de identificación**	79483095
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 79328481	**Nombres y apellidos**	ARMANDO HURTADO REYES
Fecha de afiliación	2012 03 10	**Estado de afiliación**	**Activo**
Fecha de inicio cobertura	2012-03-10	**Tipo de vinculación**	Dependiente
Clase de riesgo	5	**Fecha de retiro**	

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ARMANDO HURTADO REYES identificado(a) con Cedula Ciudadania 79328481, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'ALDO GIOVANNI ESTEPA BENAVIDES' NIT 79483095, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20111214	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a) a los 16 días del mes de Septiembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
29991744

CER-AFI

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARMANDO HURTADO REYES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79328481,** se encuentra afiliado/a desde **15/02/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 16 de septiembre de 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

ARMANDO HURTADO REYES

Con CEDULA DE CIUDADANÍA No. 79328481

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar maquinaria pesada de acuerdo con manual del fabricante y tipo de labor / Minicargador - NIVEL INTERMEDIO

Código: 270101120 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en VILLETA. A los treinta y uno (31) dias del mes de Julio de dos mil veintitres (2023)

Firmado Digitalmente por

1637184 - 31/07/2023
No Y FECHA REGISTRO

Vigencia:
hasta el 31 de Julio de 2026

OLGA PATRICIA MOZO GUERRERO
Subdirectora (E) CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 950900270101:206231CC79328481C.

165

CENTRAL S.A.S.

Avenida de Las Américas No. 36-11
Bogotá - Colombia

Bobcat.

Armando Hurtado Reyes
C.C. 79.328.481 de Bogotá

Ha recibido instrucción de la Operación, Mantenimiento y Normas de seguridad de los Cargadores de dirección deslizante Bobcat.

Instructor.

Noviembre 11 de 2015

Alvaro Bonilla M.

CENTRAL S.A.S
NIT. 860.003 437-9

Especialista Bobcat
Cel. 3202314942



766

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.019.104.427

MANJARRES

APELLIDOS

DAVID ANDRES

NOMBRES



Andres Manjarrez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1995

VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-FEB-2013 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1200150-00856034-M-1019104427-20151017 0051964945A 1 1684121233

ARL | sura

Medellín, 19 de September 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 %
C10 1104427	MANJARRES DAVID ANDRES	20/09/2025		164c4035	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 19/09/2025 11:33:14.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.178, 198.143.41.29, 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
4015521245	19/09/2020/25

I. DATOS DEL TRAMITE (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. Pensionado ☐

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: NAVARRES	Segundo apellido:	Primer nombre: DAVID	Segundo nombre: ANDRES

9.Tipo documento de identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1019164427	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

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

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	SI ☐	No ☒
0		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	3159600077 Telefono celular	DAVID.CADENA2024@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ 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 demás 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				Telefono 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								

	Direccion	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 ES IMCA LOPERENA - VS CLINICA LOPERENA	VSC.OPEREN - VSCLOPEREN
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. Número de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INGENIERIA DINO DISEÑOS CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	NIT	901798859	

59.Ubicación				
CL 19 20 78 Dirección	6572867 Telefono fijo o celular	PSMSAS2018@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

M-PYDA-F001 V 1.0-2018

No de Radicacion
4015521245

8. 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 inscripción en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Inscripción tras retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad 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 Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64. Fecha de nacimiento
☐				

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad D D M M A A A A	67. Motivo de traslado Código: ☐	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

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 Contributivo,Especial o de Excepción.
71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
72. ☐ Declaración de no interrupción 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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. ☐ Autorización para que la EPS reciba 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 por sus funciones la requieran.
75. ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o 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	Numero 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 unión 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 unión 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 partida de la patria potestad o el certificado 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 de acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste 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, 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 Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DAVID ANDRES MANJARRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.104.427**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Septiembre 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 1.073.515.928
VARGAS RODRIGUEZ

APELLIDOS
DIEGO FERNANDO

NOMBRES
Diego Vargas Rodriguez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1995
FUNZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-ENE-2013 FUNZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNAN PENAGOS GIRALDO

INDICE DERECHO

A-1500150-01519893-M-1073515928-20250805 0146866981A 1 8516155069

ARL | sura

Medellín, 25 de September 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

Numero 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 %	
C1073515928	VARGAS RODRIGUEZ DIEGO FERNANDO	25/09/2025		22114414	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 validaca en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/09/2025 10:40:04.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.178, 198.143.41.29, 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
4015547793	2|5|0|9|2|0|2|5

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

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribucion 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			
VARGAS (Primer apellido)	RODRIGUEZ (Segundo apellido)	DIEGO (Primer nombre)	FERNANDO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Numero del documento de identidad	11.Sexo biologico	12.Sexo identificación	15.Fecha Nacimiento
CC	1079515923	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	0|0|0|1|9|8|5

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			
COLOMBIA	País: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: FUNZA	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad		
5		Categoria Discapacidad	SI ☐	No ☒

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
		1423220	

26.Residencia			
CL 93B NO 80 55 Dirección	Telefono fijo	3134164656 Telefono celular	VIVIANAROJAS@GMAIL.COM Correo electronico

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona	
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐	Rural dispersa ☐ 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 biologico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	País:	Departamento:	Municipio:	

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

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

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificacion					41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	País	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								52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Telefono Fijo y/o celular		
			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 CASTELLANA - VS CASTELLANA	VSCASTELLA - VSCASTELLA
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 UNO DISEÑOS CONSULTORIA Y CONSTRUCCION	NIT	901700659	

59.Ubicación				
CL 19 2076 Dirección	6573857 Telefono fijo o celular	PSMSAS2019@GMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

M-PYCA-F30 V 1.0-2018

179

No de Radicacion
4015647793

II. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [x] 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 inscripción en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [x] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad. [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15.Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17.Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad 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 AAAA/MM/DD	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	2025/02/25		

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 Contributivo/Especial o de Excepción.
71. [ ] Declaración de ocultamiento de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. [ ] Declaración de no inscripción 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 clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que con sus funciones la requieran
75. [ ] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
76. [ ] Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o 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	Numero 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 unión 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 unión 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 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 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 de acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste 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, así como la veracidad de las demás información registrada.

Bogotá DC. 25 de Septiembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860056942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 25/9/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1073515928
Nombres y Apellicos	DIEGO FERNANDO VARGAS RODRIGUEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901796659
Razón Social Empleador	INGENIERIA DINO - DISEÑOS, CONS
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	26/9/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	25/9/2025
Cargo	AUXILIAR DE OBRA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el
PThBttfS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VARGAS RODRIGUEZ DIEGO FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **1.073.515.928** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el dia 24 de abril de 2014 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 dia 25 de septiembre 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/**

177









Eso es todo por ahora

ARL | sura

Medellín, 15 de September 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 %	
C1052052526	ESCAÑO SANABRIA LUIS MIGUEL	16/09/2025		9412441	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 15/09/2025 16:54:00.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.246.178, 198.143.41.32, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS Sanitas FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

187935403

1. Tipo de Usuario: X
2. Tipo de Afiliado: X
3. Régimen: X
4. Continuación adicional: SI NO
6. Tipo de Cotizante: X
7. Código:

5. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ESCAÑO	SANABRIA	LUIS	MIGUEL

8. Tipo de documento de identidad: CEDULA
9. Número del documento de identidad: 1.052.052526
10. Sexo biológico: M
12. Sexo identificación: M
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Colombia Colombia LA GUAJIRA MAICAO
15. Fecha de nacimiento: 13 06 1994

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN
20. Clasificación SISBEN
21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1.423.500
25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia: Clle 159 # 125-45
Teléfono Celular: 3113906063
Correo Electrónico: luismquelesano@gmail.com
BOGOTA D C
BOGOTA
Bogotá
Y

IV. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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: Masculino | 31. Sexo identificación: F M I AB Otro | Cual | 32. Nacionalidad | 34. Fecha de nacimiento

V. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

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

35. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente parcial
B1					SI NO		SI NO	SI NO
B2					SI NO		SI NO	SI NO
B3					SI NO		SI NO	SI NO
B4					SI NO		SI NO	SI NO
B5					SI NO		SI NO	SI NO

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio Distrito	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural	Teléfono fijo y o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional o tarifa por la UPC
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

1002844458 SNa 275.7

JUGENIERIA OINOSAJ NIT 901.798.659-6

Clle 19 #20-78

3057291973

dug031@gmail.com. Bogota D.C Bogota.

15 09 2025

Julis Castro S

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
15 09 2025
RECIBIDO POR:

Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO -

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:

LUIS MIGUEL ESCAÑO SANABRIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.052.052.526**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Septiembre 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

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 114935

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC587764	SHANTUI	SE75	2023

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	EXCAVADORA	06SE07EJNN0091435

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	CNE2185	ORUGAS

PESO Y MEDIDAS DE RECEPCIONES

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
7650 Kg	2680 mm	2250 mm	6240 mm

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACION
ABC DEMOLICIONES SAS	NIT 900.858.870

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2022**

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

4. Número de formulario

352022000469816-8

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
900170399	6	IMPORTADORA CASA COLOMBIA S A S

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Opto	17. Cód. Ciudad Municipio
DG 16 96 G 05	7460294	35	11	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
802000764	8	AGENCIA DE ADUANAS LOPEZ HERMANOS S.A. NIVEL 1	26	210

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
14470557	GOMEZ LUNA LIBIO ALEXANDER

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	Anticipada	3	XXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	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	25136	No. 116575012803420	2022 - 10 - 12	No. 221454198	2022 - 09 - 11

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
SHANDONG SHANTUI CONSTRUCTION MACHINERY IMP AND EXP CO LTDA	SHANDONG	215

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
SHANTUI TOWER, NO 58 HIGHWAY G327, JINING,	86 537 2909368

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Aduana	56. Cod. Distrito destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cve
ST20223709	2022 - 09 - 05	215	1	232	0	MAERSK COLOMBIA S.A	4,532.07

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

69. Forma de pago de la importación	68. 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.
10	01	215	15,338.00	15,338.00	YY	10	1	U	2.00

73. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
78,200.00	9,100.00

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
100.00	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
9,200.00	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
87,400.00	X	XXXXXXXXXX

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
99	XXXX	XXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	396,102,918	0	0	0
I.V.A.	19.00	396,102,918	75,260,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0.00	0	0	0	0
Sanción	0	0	0	0	
Recata	0	0	0	0	
		Total	75,260,000		0

91. Descripción clara, completa y precisa de la mercancía a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, series y otros (Si el espacio es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DO 2285/22 PEDIDO IMF640E DECLARACION 1 DE 1;FACTURA(S):ST20223709;1 UNIDAD ,PRODUCTO: EXCAVADORA HIDRAULICA SOBRE ORUGAS, MARCA: SHANTUI , REFERENCIA: SE75 , MODELO: SE75 , USO O DESTINO: DESARROLLO DE OBRAS CIVILES. SERIAL: 666E07ECNN0001426, SERIAL MOTOR CNE2185, AÑO DE FABRICACION: 2022, AÑO MODELO: 2023, INCLUYE SEGÚN PLACA MOTOR KUBOTA V3307-T, BOMBA PRINCIPAL KAWASAKI KPM, VÁLVULA PRINCIPAL USA BUSCO, MOTOR DE GIRO EATON, MOTOR DE TRASLACIÓN NABTESCO, CAPACIDAD DE LA CUCHARA 0.32 CBM (SAE), ZAPATA DE ORUGA 450MM, CON TUBERÍA HIDRÁULICA, PESO OPERATIVO: 7650KG; CON CAMPANA DE ALARMA, BRAZO DE 2,1M DE LONGITUD; CON TODOS SUS ACCESORIOS Y HERRAMIENTAS PARA INSTALACIÓN Y NORMAL FUNCIONAMIENTO, 1 UNIDAD ,PRODUCTO: EXCAVADORA HIDRAULICA SOBR(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 352022000469816 133. Fecha: 2022 10 06

134. Levante No. 352022000435147	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.
	2022 - 10 - 20		

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	980. Pago Total $ 0 996. Espacio para Número autoadhesivo 91035020179341

Fecha de Impresión: 2022-10-20 14:51:36

20220287661741

184

DIAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : 352022000469816-8
Subpartida : 8429520000

105. Continuación descripción mercancías (Incluye marcas, seriales y otros)

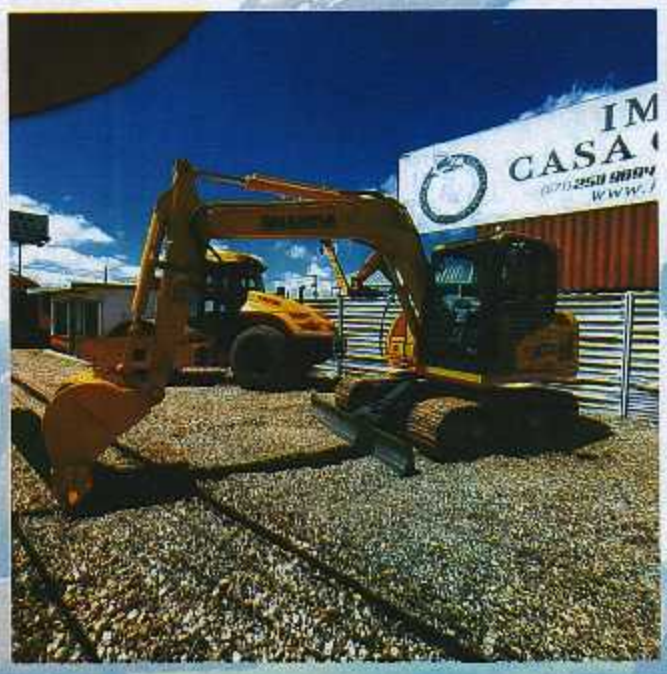
E ORUGAS, MARCA: SHANTUI, REFERENCIA: S275, MODELO: SE75, USO O DESTINO: DESARROLLO DE OBRAS CIVILES. SERIAL: 66SE07EJNN0001427, SERIAL MOTOR: CNE2017, AÑO DE FABRICACION: 2022, AÑO MODELO: 2023, INCLUYE SEGÚN PLACA MOTOR KUBOTA V3307-T, BOMBA PRINCIPAL KAWA SAKI KPM, VÁLVULA PRINCIPAL USA HUSCO, MOTOR DE GIRO EATON. MOTOR DE TRASLACIÓN NABTESCO, CAPACIDAD DE LA CUCHARA 0,32 CBM (SAE), ZAPATA DE ORUGA DE 450MM, CON TUBERÍA HIDRÁULICA, PESO OPERATIVO: 7650KG; CON CAMPANA DE ALARMA, ; CON TODOS SUS ACCESORIOS Y HE RRAMIENTAS PARA INSTALACION Y NORMAL FUNCIONAMIENTO, P.O: CHINA NO REQUIERE REGISTRO O LICENCIA DE IMPORTACION DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 925 DE MAYO DEL 2013 Y NOS ACOGEMOS AL DECRETO 272 DE 13 FEBRERO DEL 2018. MERCANCIA NUEVA.XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

352022000469816-8

Espacio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora

HOJA DE VIDA

EXCAVADORA HIDRAULICA SHANTUI 75 SE
S/N 66SE07EJNM0001426



MARCA	MODELO	CAPACIDAD	MOTOR	CHASIS Y SERIE
SHANTUI	2023	7.5	KUBOTA	66SE07EJNM0001426

ABC DEMOLICIONES S.A.S
NIT 900858970-7

DIRECCION: CALLE 68 B # 77 A 11 CEL 3112271110
abcdemoliciones@hotmail.com

BITACORA DE MANTENIMIENTOS.

FECHA	MANTENIMIENTO	RESPONSABLE
14/JUNIO/2023	CAMBIO ACEITE Y FILTROS 100 HORAS	**IMPORTADORA CASA COLOMBIA**
15/AGOSTO/2023	CAMBIO ACEITE Y FILTROS 250 HORAS	**IMPORTADORA CASA COLOMBIA**
31/OCTUBRE/2023	CAMBIO ACEITE Y FILTROS 500 HORAS	**IMPORTADORA CASA COLOMBIA**
15/ENERO/2024	CAMBIO ACEITE Y FILTROS 750 HORAS	**IMPORTADORA CASA COLOMBIA**
15/JUNIO/2024	CAMBIO ACEITE Y FILTROS 1000 HORAS	**IMPORTADORA CASA COLOMBIA**
24/OCTUBRE/2024	CAMBIO ACEITE Y FILTROS 1250 HORAS	**IMPORTADORA CASA COLOMBIA**
18/FEBRERO /2025	CAMBIO DE ACEITE 1500 HORAS	**IMPORTADORA CASA COLOMBIA**
22/JULIO/2025	CAMBIO ACEITE 1750 HORAS	**IMPORTADORA CASA COLOMBIA**



ABC DEMOLICIONES S.A.S
NIT 900858970-7

DIRECCION: CALLE 68 B # 77 A 11 CEL 3112271110
abcdemoliciones@hotmail.com

Equipo a la fecha se encuentra con 1785 horas se recibe con verificación de presiones y visto bueno por parte de departamento de mantenimiento, con la cual se manejan todas las garantías que pudiesen suceder.

Atentamente.



HECTOR JAVIER SANCHEZ DIAZ
Dirección de proyectos.
3112271110

1.1 Datos Vehículos

Número único de identificación:	MC597764	Clase:	EXCAVADORA
Marca:	SHANTUI	Linea:	SE75
Tipo de carroceria:	SIN CARROCERIA	Color:	AMARILLO
Modelo:	2023	Cilindraje:	0
Carga útil maxima:	0	Nro. motor:	CNE2185
Nro. serie:	66SE07EJNN0001426	Nro. chasis:	66SE07EJNN0001426
Nro. VIN:		Subpartida arancelaria:	8429520000
Tipo de cabina:	NO APLICA	Tipo de maquinaria:	CONSTRUCCION
Nro. de ejes:	0	Largo:	6240.0
Alto:	2680.0	Ancho:	2250.0
Peso bruto vehicular:	7650.0	Rodaje:	ORUGAS
Fecha matricula inicial:		Estado del vehiculo:	REGISTRADO
Nro. de identificación o serie del GPS de proveedor nacional:	RAS90CK12177	Empresa de habilitación del dispositivo GPS de proveedor nacional:	RASTRACK S.A.S
Nro. de IMEI del GPS de proveedor nacional:	860896051321214	Tipo de dispositivo de proveedor nacional:	2
Origen del registro:	Importación		

789

< Miniexcavadoras Shantui



Shantui SE75 Ficha tecnica & Especificaciones (2020-2025)

Califique esta máquina ahora!

Longitud de transporte: 5.24m – Anchura transporte: 2.26m – Altura de transporte: 2.68m – Capacidad cuchara: 0.32m³ – Capacidad de... mostrar más



Oferta →

Datos técnicos →

Repuestos y componentes →

Transporte →

190

Datos técnicos - SE75 Shantui

Especificaciones | Accesorios

Especificaciones

Aviso. Todos los datos listados son verificados por el equipo de LECTURA Specs. Sin embargo, puede haber datos incompletos o contener errores. Póngase en contacto con nuestro equipo con cualquier sugerencia de cambio.

Longitud de transporte	**6.24 m**	Anchura transporte	**2.26 m**
Altura de transporte	**2.68 m**	Capacidad cuchara	**0.32 m³**
Capacidad de la pala min.	**0.25 m³**	Capacidad de la pala max.	**0.35 m³**
Anchura orugas	**450 mm**	Max. Alcance lateral	**6.36 m**
Profundidad de excavación	**4.12 m**	Fabr. del motor	**Kubota**
Modelo de motor	**V3307T**	Rendimiento de motor	**48.9 kW**
Cilindrada	**3.3 l**	N° de cilindros	**4**
cilindro Diámetro x carrera	**94x120 mm**		

Modelo base con cuchara de retro estándar

Equipamiento opcional

- ✖ Adaptador de vía
- ✖ Cadena de goma
- ✔ Banda niveladora
- ✔ Aire acondicionado
- ✖ De cambio rápido hidr.
- ✖ De cambio rápido mecánico



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.084.742.628
MARTINEZ MENDOZA
APELLIDOS
ARMANDO RAFAEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1993
ARACATACA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-MAR-2012 ARACATACA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-08, 05:04:07 PM **Tipo Planilla:** E: PLANILLA EMPLEADOS EMPRESAS. **Numéro Planilla:** 80347311

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025

PAGADO 08/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ABC DEMOLICIONES SAS	**Nombre Sucursal**	DEMO1
Documento	NI900858970	**Dirección**	CL 68B NORTE #77 A - 11
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	7678551
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	SUCURSAL
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SANCHEZ DIAZ HECTOR JAVIER	**Identificación**	CC 80060535
Total Afiliados	6	**ARP**	ARL SURA

Código Sucursal DEMO1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ing	Ret	Tde	Tae	Tdp	Tap	Vsp	Cor	Vst	Sln	Ige	Lma	Vac	Avp	Vct	Irp	Dias APF	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000263830	JUAN PATRICIO SANCHEZ SANGUINA	01	00																0	30	00	00	30	(23301) *PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.656	(EPS017) *SANITAS EPS	$ 1.423.500	$ 57.360	0,840	$ 1.423.500	$ 11.956	(CCF12) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1024650273	JHAMPOOLL SNEYDER POSSO ROBERTO	01	00																0	30	30	30	30	(23301) *PROTECCION	$ 1.423.500	$ 227.656	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.360	0,840	$ 1.423.500	$ 11.956	(CCF12) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 1094747826	ARMANDO RAFAEL MARTINEZ MENDOZA	01	00																0	30	30	30	30	(23301) *PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.655	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 57.360	0,840	$ 1.423.500	$ 11.956	(CCF12) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 41399158	MARGARITA DIAZ FIGUEROA	01	00																0	0	30	30	30	(60) (INACT) *PORVENIR AFP	$ 0	$ 0	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 57.360	3,522	$ 1.423.500	$ 50.130	(CCF12) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 164.500
CC 80060535	HECTOR JAVIER SANCHEZ DIAZ	01	00																0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.655	(EPS009) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 57.360	3,989	$ 1.423.500	$ 56.780	(CCF12) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 57.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.900
CC 80153888	ELIANE ARCHITO FAJARDO AGUIE	01	00	X															0	0	0	0	0	(60) (INACT) *PORVENIR	$ 379.600	$ 60.656	(EPS017) *SANITAS EPS	$ 379.600	$ 15.300	3,989	$ 379.600	$ 15.140	(CCF05) COLSUBSIDIO	$ 379.600	$ 15.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 117.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 6.373.600	$ 7.497.100	$ 7.497.100	$ 7.497.100	$ 972.000	$ 359.280	$ 450.400	$ 900.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.682.000	$ 0	$ 2.682.000

Enlace Operativo. Lineas Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 349 53 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 90 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA



REPUBLICA DE COLOMBIA

CORPORACIÓN PARA EL TRABAJO
Y EL DESARROLLO HUMANO

CORPOTRABAJO

Acta de Grado No. 37

En el municipio de [illegible] Departamento del [illegible] República de Colombia se firma a cabo el acto académico de entrega de Certificados de Aptitudes Profesionales competenciales en

OPERADOR DE MAQUINARIA DE EQUIPO PESADO (MINI CARGADOR - VIBROCOMPACTADOR-RETROEXCAVADORA)

El graduando cuyos nombres aparecen en la fotografía del documento de identificación se relaciona a continuación

ARMANDO RAFAEL MARTINEZ MENDOZA

Documento de Identidad No. C.C. No. 1.084.742.628 Expedida en Aracataca Magdalena

El cual cumplió con los estudios y competencias que demanda requisitos exigidos por la institución para obtener el certificado antes señalado habiendo aprobado todas las unidades de formación, dentro de la modalidad con el reglamento vigente

MATRICULA No. 37
FOLIO No. 37
Intensidad Horaria: 1.200 Horas

Dada en Fundación Magdalena a los 19 días del mes de Diciembre del 2020
En constancia se firma la presente por quienes intervienen en cumplimiento del decreto 4904 de 16 de diciembre de 2009

Director

Secretaria

ARMANDO RAFAEL MARTINEZ MENDOZA C.C.1.084.742.628 de ARACATACA



REPUBLICA DE COLOMBIA

Corporación Para El Trabajo Y El Desarrollo Humano

CORPOTRABAJO

Formación Para El Trabajo Y El Desarrollo Humano

Con licencia de funcionamiento según resolución N° 148 de febrero de 2016 Y su Registro de Programa N° 813 de octubre del 2017 otorgado por la Secretaría De Educación Departamental Del Magdalena

CONFIERE EL PRESENTE CERTIFICADO DE TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN

OPERADOR DE MAQUINARIA DE EQUIPO PESADO (MINI CARGADOR -VIBROCOMPACTADOR-RETROEXCAVADORA)

A:

ARMANDO RAFAEL MARTINEZ MENDOZA

Documento de Identidad C.C. N.° 1.084.742.628

Ha aprobado todos los módulos de formación y llenado los requisitos legales y académicos exigidos con forma a la norma reglamentaria en el decreto #934 del 1° de diciembre de 2009

Intensidad Horaria 1200 Horas

En testimonio de ello se firma y se sella el presente certificado, en Fundación Magdalena, A Los 31 días del mes de Diciembre del 2020

DIRECTORA

SECRETARIA

ARMANDO RAFAEL MARTINEZ MENDOZA C.C.1.084.742.628 de ARACATACA

MAKIAP

CONSORCIO MAKIAP
NIT 901.648.801-3

CERTIFICA QUE:

Que ARMANDO RAFAEL MARTÍNEZ MENDOZA identificado con cédula de ciudadanía 1.084.742.628 de Bogotá D.C., laboró desde el día veintiséis (26) de Septiembre de 2023, hasta el día quince (15) de Julio de 2024 desempeñando el cargo de OPERADOR DE MAQUINARÍA.

Se expide a solicitud del interesado a los doce (12) días del mes de Julio del 2024.

Sin otro particular,



ÓSCAR CUBIDES ARÉVALO
Director Operativo

ARMANDO RAFAEL MARTINEZ MENDOZA C.C.1.084.742.628 de ARACATACA

C&J MARTINEZ S.A.S
CONTRATISTA DE TRANSPORTE Y URBANISMO
SUMINISTRO DE MATERIALES
NIT. 900.760.389-4

BOGOTA 22 DE FEBRERO 2023

CERTIFICACIÓN LABORAL

Reciba un cordial saludo.

Mediante la siguiente carta laboral, Se hace constancia que la empresa **C & J MARTINEZ SAS. Identificada con NIT 900.760.389-4** . Declara que para el periodo de 13 de abril de 2020 hasta 31 de diciembre de 2021 Se mantuvo una relación laboral con el señor **ARMANDO RAFAEL MARTINEZ MENDOZA** identificado con cedula de ciudadanía **No. 1084742628**. Bajo un contrato a término indefinido, en el cargo de Operador de Minicargador. Durante todo el periodo laboral demostró tener competencia en sus labores con grandes cualidades, buen trato personal y capacidad de liderazgo, eficiente y responsable.

Cordialmente

JEFFER IVAN MARTINEZ URRUTIA
Representante legal

Dirección Avenida 9 No. 160A – 02. Bogotá Teléfonos: 3166947477—3174291915
Correo suministrosintegrales1@gmail.com

Escaneado con CamScanner

ARMANDO RAFAEL MARTINEZ MENDOZA C.C.1.084.742.628 de ARACATACA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.043.150.008
RUEDA ALVAREZ

APELLIDOS
ALEXANDER JUNIOR

NOMBRES

FIRMA



ALEXANDERLOPEZ829@GMAIL.COM
COSALU
PROTECCION

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1992
SOLEDAD
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

23-FEB-2010 SABANALARGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

A-1500150-00174107-M-1043150008-20041105 01385746A 1 0013451664

ARL | sura

Medellín, 12 de September 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 LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES 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 DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1043150008	RUEDA ALVAREZ ALEXANDER JUNIOR	13/09/2025		15415821	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 12/09/2025 12:56:51 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.67.209.81, 192.230.104.4, 172.16.42.67

199

COOSALUD
Es Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1043150008	ALEXANDER JUNIOR	RUEDA ALVAREZ	17/05/2018 12:00:00 a. m.	ATLANTICO	SOLEDAD	CRV 122 ESTE # 11 CALLE 7A N 45 52C BOLIVAR		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901606909	LP INGENIERIACONSTRUCCIONES SAS	N		12/09/2025

La anterior certificación se expide y firma, a los 15 días del mes de Septiembre de 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta los 15 días del mes de Octubre de 2025

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

002

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RUEDA ALVAREZ ALEXANDER JUNIOR** identificado(a) con **CC** número **1.043.150.008** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de febrero de 2016 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 12 de septiembre 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/

251

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.016.596.197



Apellidos
ARANGO ACEVEDO

Nombres
WILLIAM CAMILO

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.65
Sexo: M
Fecha de nacimiento: 12 DIC 2006
G.S.: O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
30 ENE 2025, BOGOTA D.C.

Fecha de vencimiento
30 ENE 2039

Firma

(01)
0730136O2

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0730136024150O1<<<<<<<<<<
0612128M3501302COL1016596197<8
ARANGO<ACEVEDO<<WILLIAM<CAMILO

CamScanner

ARL | sura

Medellín, 19 de September 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 LP INGENIERIA & CONSTRUCCIONES 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 DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1016596197	ARANGO ACEVEDO WILLIAM CAMILO	20/09/2025		30138520	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

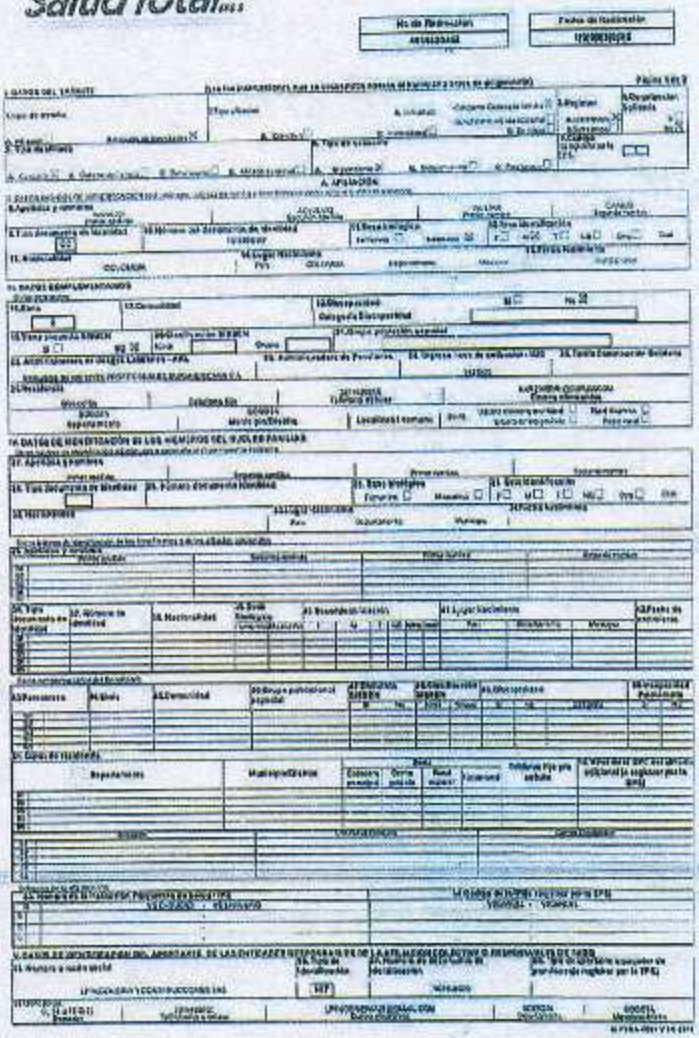
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

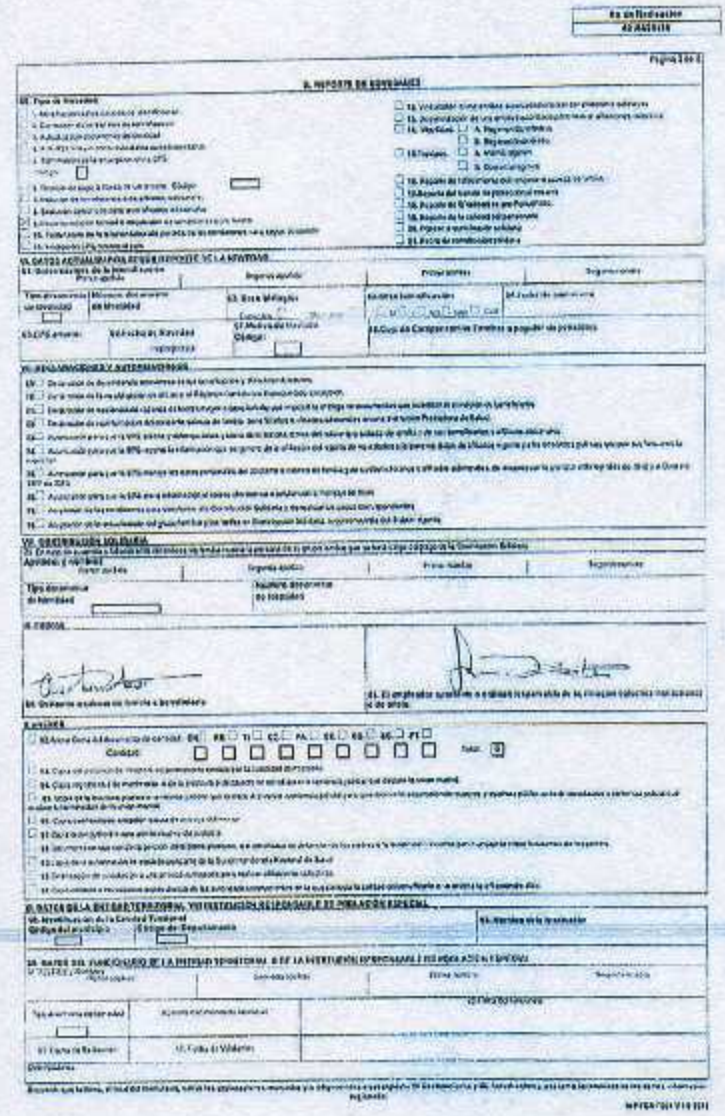
Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/09/2025 10:16:22.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.67.209.81, 192.230.104.4, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal...





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:

WILLIAM CAMILO ARANGO ACEVEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.596.197,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Septiembre 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.032.360.778
NUMERO

SALINAS AGUIRRE
APELLIDOS

IVAN
NOMBRES

Ivan Salinas Aguirre
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ABR-1986
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

21-ABR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALBA BEATRIZ HENAO LOPEZ

P-1500113-4512858-M-1032360778-20040819 04537 04231A 02 154777394

ARL | sura

Medellín, 22 de September 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 JMS INGENIERIA & CONSULTORIA S.A.S.

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 %		
C1032360778	SALINAS AGUIRRE IVAN	23/09/2025		52152156	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 22/09/2025 13:10:24 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.224.231, 192.230.104.6, 172.16.42.57

208

EPS Sanitas

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

187097878

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segunda Nombre
Salinas	Aguirre	Ivan	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	1.032360778	Femenino Masculino X	F M X T NB Otro		Colombiano

14. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	Nariño	Tumaco	15 04 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Sura		1.423.500	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cra 111 A No. 152-75	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
350 337 0919	jair3219@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural
Bogota	Bogota		

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 Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro	Cual	32. Nacionalidad

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

A. AFILIACIÓN

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

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

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

Datos complementarios del Beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	C M 2019 IN local 100	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
JMJ Ingeniería y consultoría	NIT	901 923303	

59. Ubicación Dirección: | Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: | Departamento: Bogotá | Municipio / Distrito: Bogotá

60. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado — Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas	22/09/2025		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

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

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT

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

Total Anexos:

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

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

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

94. Apellidos y nombres — Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

OBSERVACIONES: 01

E.P.S. Sanitas — VERIFICACIÓN POR LA EPS — FECHA 22/09/2025 — Recibido por:

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Jeyson Mora 1022966556		

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-

Powered by CamScanner

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

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

Nombre del Afiliado Ivon Salinas Aguirre

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI NO
¿Leyo el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI NO

Ivon Salinas
Firma del Afiliado
Documento de Identidad 1032360778

FIRMA A RUEGO

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

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____
_____

El firmante a ruego

Huella índice

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

_____
Nombre de la persona que no sabe firmar

Powered by CamScanner

211

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

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

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

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Ivan Salinas

Nombre: Ivan Salinas Aguire

Identificación: 1032360778

Fecha: 22/09/2025

Powered by CamScanner

212

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALINAS AGUIRRE IVAN** identificado(a) con **CC** número **1.032.360.778** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el dia 01 de marzo de 2022 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 22 de septiembre 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/**

213

CERTIFICADO DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

SAFETY SOLUTIONS SAS

Identificada con NIT No. 901482.951 - 5

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 4272 de 2021, aprobación emitida por el Ministerio de Trabajo

No. 08SE2024220000000007068 del 29, NTC 6072 Certificado por BUREAU VERITAS acreditado por ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

IVAN SALINAS AGUIRRE

Identificado con Cédula de ciudadanía Nº 1032360778
EMPRESA: JMS INGENIERIA & CONSULTORIA S.A.S
NIT: 901923303-6
R. LEGAL: DEIVID ALEJANDRO CUMACO ORDOÑEZ, con documento 1047475655
ARL: SURA

Cursó y Aprobó la Formación en:

Reentrenamiento Sectorial 4272

Realizado en Bogota del (23) del mes de septiembre de 2025 al (23) del mes de septiembre de 2025 con una intensidad de 8 horas.

BETSSY PAOLA SANTOS BARRETO
CC 52376138
REPRESENTANTE LEGAL

WILMAR DANIEL VERGARA VIDES
ENTRENADOR EN TRABAJO EN ALTURAS
LIC. 25-0624 del 2020

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota a los (23) del mes de septiembre de 2025

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.164.705

GALARZA SANCHEZ

APELLIDOS

CRISTIAN RICARDO

NOMBRES



Cristian Ricardo Galarza S.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1984

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O-	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-JUL-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00022802-M-1010164705-20080713 0000998628A 1 1630006891

ARL | sura

Medellín, 11 de September 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 JMS INGENIERIA & CONSULTORIA S.A.S.

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 %
C1010164705	GALARZA SANCHEZ CRISTIAN RICARDO	12/09/2025		190191L2	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 11/09/2025 09:53:54
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.156.228.91, 198.143.41.42, 172.16.42.57

capitalsalud epss

11 SEP 2013

PAU CALLE 73

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud epss

Número de Radicación | Fecha de Radicación

Página 1 de 2

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☐
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐
3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Cotización 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. Código (a registrar por la EPS) ☐

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos: Galarzo | Sanchez | Cristian | Ricardo
9. Tipo documento de identidad: C.C
10. Número de documento de identidad: 1010164705
11. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☒
12. Sexo de identificación: F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
13. Nacionalidad: colombia
14. Lugar de nacimiento: colombia | cundinamarca | BOGOTA
15. Fecha de nacimiento: 01 | 10 | 1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: SI ☐ NO ☐ | Categoría de discapacidad | Tipo | Condición
19. Tiene encuesta SISBEN: SI ☐ NO ☐
20. Clasificación SISBEN: Nivel | Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA
23. Administradora de Pensiones: PORVENIR
24. Ingreso base de cotización - IBC: 1423500
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: CARRERA 4 ESTE # 40-50 | 3142984387 | cristiandyd@hotmail.com
Cabecera Municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐ Resto Rural ☐
BOGOTA | BOGOTA | CHAPINERO

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 completos
28. Tipo documento de identidad
29. Número de documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐
31. Sexo de identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál?
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
34. Fecha de nacimiento

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

	35. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	OTRO	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1																			
B2																			
B3																			

Datos complementarios del beneficiario

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

	51. Datos de residencia (Diligenciamiento)	Municipio/Distrito	Zona: 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								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			

Selección de la IPS primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

55. Nombre o razón social: JITS INGENIERIA
56. Tipo de documento de identificación: NIT
57. Número del documento de identificación: 9101928303
58. Tipo de Aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)

CALLE 130 # 94-18 | 7290220 | Sms-osd.nacional | claudia | BOGOTA

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CRISTIAN RICARDO GALARZA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.164.705**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Septiembre 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.

MEDICINA OCUPACIONAL CIMA VERTICAL S.A.S
CRA 77 33 A 06 SUR. Barrio Kennedy Central.
Teléfono 3828143 - 3015473361 - 900.889.250-5

Certificado de aptitud laboral

901923303 6- JMS INGENIERIA & CONSULTORIA S.A.S

Paciente	CRISTIAN RICARDO GALARZA SANCHEZ	Examen	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS
CC	1.010.164.705	Fecha	10 septiembre 2025
Edad	41 años		
Ocupación	OFICIAL DE CONSTRUCCION		

Servicios realizados

- EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- OSTEOMUSCULAR (PRUEBA VESTIBULAR, FUERZA MUSCULAR)
- AUDIOMETRIA

Pruebas de laboratorio

- COLESTEROL
- TRIGLICÉRIDOS
- GLICEMIA

Concepto

Tipo de concepto
APTO SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS

Énfasis
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS

Generación: 10 septiembre 2025

Observaciones y/o recomendaciones

1. CAPACITACION EN EJECUCION SEGURA DE SUS TAREAS. 2. HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES. 3. AUTOCUIDADO. 4. HIGIENE POSTURAL (ERGONOMIA). 5. PAUSAS ACTIVAS. 6. USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP). 7. CUIDADO, HIGIENE, PROTECCION AMBIENTAL Y RESPIRATORIA. 8. LAVADO DE MANOS FRECUENTE, DISTANCIAMIENTO SOCIAL. ASI COMO PARA LAS ENFERMEDADES ENDEMICAS DE LA ZONA DONDE LABORE 9. SE RECOMIENDA GAFAS DE PROTECCION

OSCAR JAVIER RUIZ NEGRETTE
SALUD OCUPACIONAL
Registro 1798-1990 y Lic. 2552 SST.

CRISTIAN RICARDO GALARZA SANCHEZ
CC: 1.010.164.705
Paciente
- Firma autorizada dada el consentimiento otorgado