

Medellín, 18 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS, en el centro de trabajo 0000000008 - GUAYABAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1077725067	GAMBOA SERRATO SEBASTIAN	16/01/2026		02202818	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: C522248892601868009

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/01/2026 18:53:29.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.16.94, 198.143.41.40, 172.16.42.57



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS identificado con NIT número 901606065 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9803271	19/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1077725067	SEBASTIAN GAMBOA SERRATO	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SEBASTIAN GAMBOA SERRATO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1077725067**, se encuentra afiliado/a desde **24/02/2025** 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 19 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Medellín, 18 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS, en el centro de trabajo 0000000008 - GUAYABAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C79004030	BASTO RIGOBERTO	16/01/2026		f24233u4	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: C522248892601867898

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/01/2026 18:51:38.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.16.94, 198.143.41.40, 172.16.42.57



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS identificado con NIT número 901606065 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9803246	19/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	79004030	RIGOBERTO BASTO	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

**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:

RIGOBERTO BASTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.004.030**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2026.

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.



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS identificado con NIT número 901606065 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9871008	28/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1007782152	CAMILOANDRES CORRAL VARGAS	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-28

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

Medellín, 28 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS, en el centro de trabajo 0000000008 - GUAYABAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1007782152	CORRAL VARGAS CAMILO ANDRES	28/01/2026		95952143	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: C522248892602832791

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/01/2026 09:06:31.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.16.94, 192.230.104.7, 172.16.42.57

**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:

CAMILO ANDRES CORRAL VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.782.152**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 29 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS, en el centro de trabajo 0000000008 - GUAYABAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C14011624	CRUZ VERGEL FABIAN	29/01/2026		A4218814	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: C522248892602931039

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/01/2026 08:37:19.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.16.94, 192.230.104.7, 172.16.42.57



NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 28/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS identificado con NIT número 901606065 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9877335	28/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	14011624	FABIAN CRUZ VERGEL	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-29

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

**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:

FABIAN CRUZ VERGEL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **14.011.624**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Medellín, 18 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS, en el centro de trabajo 0000000008 - GUAYABAL, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1072744390	BONILLA HERNANDEZ HILMER	16/01/2026		13725155	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: C522248892601867964

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/01/2026 18:52:41.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 200.118.16.94, 198.143.41.40, 172.16.42.57



NUEVA EPS S.A
NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 19/01/2026, el empleador CONSTRUCCIONES SOBRE LA ROCA RR SAS identificado con NIT número 901606065 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
9803225	19/01/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1072744390	HILMER BONILLA HERNANDEZ	1750905	AYUDANTE DE OBRA	2026-01-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Enero del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES
Nueva

**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:

HILMER BONILLA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.744.390**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2026.

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.



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nít. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JEFFERSON GALLEGO GALLEGO	C.C.	1,106,952,067	15/12/2025	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
PABLO ANDRES MARTINEZ URUEÑA	C.C.	1,110,456,153	15/12/2025	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el viernes 12 de diciembre de 2025 a las 03:24:23 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ C. De Oficio ☐ D. Beneficiario o Afiliado adicional		3. Régimen 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. Código (a registrar por la EPS) 5	

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: MARTINEZ Segundo Apellido: URUEÑA Primer Nombre: PABLO Segundo Nombre: ANDRES		9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1110456153	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐	13. Nacionalidad COLOMBIANA
14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA Departamento: Municipio:		15. Fecha de nacimiento 10/02/1987				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad	18. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad:	19. Tiene encuesta SISBÉN Si ☐ No ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel: Grupo:	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$4.500.000		25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: CARRERA 2 # 52- 89 IBAGUE (TOLIMA) Teléfono Fijo:						
Teléfono Celular: 3134956928		Correo Electrónico: PABLOANDRESMAR@HOTMAIL.COM				
Departamento: TOLIMA		Municipio / Distrito: IBAGUE		Localidad / Comuna: Zona: Cabecera Municipal ☒ Rural Dispersa ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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 ☐
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 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 Femenino ☐ Masculino ☐		40. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐		41. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:		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 SISBÉN Si ☐ No ☐		48. Clasificación SISBÉN Nivel: Grupo:		49. Discapacidad Si ☐ No ☐ Categoría de discapacidad:		50. Incapacidad permanente Si ☐ No ☐	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos de residencia

51. Datos de residencia Departamento: Municipio / Distrito:		Zona: Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Dispersa ☐ Resto Rural ☐		Teléfono fijo y a celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional o beneficiario	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							



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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
UNION TEMPORAL TOLIMA VITAL	NI	901995102	
59. Ubicación Dirección	Teléfono fijo o Celular		
Córeo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	
	BOGOTA	BOGOTA	

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación		Primer Nombre	Segundo Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido		
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación
		Femenino Masculino	F M T NB Otro
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	15/12/2025	Código	

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

X. ANEXOS	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexas
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	CN RC TI CC CE PA CO SC PT
☐ 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 760 de 2010.	
☐ 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 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	Segundo Apellido	Segundo Nombre
Primer Apellido		

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. Fecha de validación

OBSERVACIONES	
Recuerde que con la firma del funcionario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información y nombre del Ejecutivo Comisario	
1012381732 JUAN GONZALEZ	

15 DIC 2025	
Firma del funcionario	
Firma del funcionario	

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

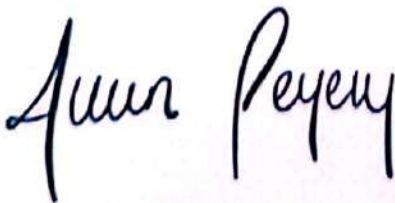
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) PABLO ANDRES MARTINEZ URUEÑA identificado(a) con C.C No. 1.110.456.153, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 18 de diciembre del 2025.

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

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



Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR
RADICADO No. 251217397969

**Fecha de
radicado**

17/12/2025

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1110456153
Nombre	PABLO ANDRES MARTINEZ URUEÑA
Fecha de afiliación	15/12/2025



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

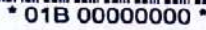
Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JAVIER ALBERTO CASTILLO	C.C.	1,022,324,888	25/11/2025	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el lunes 24 de noviembre de 2025 a las 03:18:23 p. m.
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



DOI: 10.1002/for

FIGURE 100. Bacteriophage

Lee atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

Powered by  CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAVIER ALBERTO CASTILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1022324888**, se encuentra afiliado/a desde **01/01/2022** 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 04 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 251202396160 Fecha de radicado 02/12/2025

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1022324888
Nombre	JAVIER ALBERTO CASTILLO
Fecha de afiliación	25/11/2025



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JENNY ALEXANDRA LOPEZ JIMENEZ	C.C.	1,110,552,334	15/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 14 de enero de 2026 a las 03:46:36 p. m.
Cualquier Información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



nueva
eps
gente con forma gente
800 300 456 (nue-4)

15 01 2026

Powered by  CamScanner

1071 5000 1000 500 0

Yo, JENNY ALEXANDRA LOPEZ JIMENEZ

Cordialement, *Jenny Jones*

Firma: JERRY LOPEZ

Tipo ID: cc No. ID: 1110552334

Fecha de Solicitud: 15/01/2026

Dirección: CALLE 50 5 91

Tel 3223728440

Departamento: TOLIMA

Manifiesto con tu firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formulario. **NUEVA EPS S.A.** es sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la **NUEVA EPS S.A.**

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

Firma:

Tipo ID: No. ID:

Fecha (dd/mm/aaaa):

Dirección:

Tel

Departamento: _____

Sito web: www.nuevaps.com

Régimen Contributivo:

Linea Gratuita: 01 8000 954400

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Regimen Subsidiado:

Linea Gratuita: 01 8000 95 2000

Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NIJEVA EPS S.A.

Commutador: (601) 419-3000

Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 16A - 68 Piso 2

Sr (a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1801 de 2012 "Habeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí mismo, terceros encargados de tratamiento de información o de sus afiliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Powered by CamScanner



**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-B

CERTIFICA QUE:

JENNY ALEXANDRA LOPEZ JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.110.552.334**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2026.

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.



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JEFFERSON GALLEGO GALLEGO	C.C.	1,106,952,067	15/12/2025	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
PABLO ANDRES MARTINEZ URUEÑA	C.C.	1,110,456,153	15/12/2025	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el viernes 12 de diciembre de 2025 a las 03:24:23 p. m.
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 o en Bogotá 4235757.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps

para la afiliación y registro de novedades

ver 04/06/2017

FORMA DE AFILIACIÓN

1. DATOS DEL TITULAR

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TITULAR	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. INFORMES
A. AFILIACIÓN	A. Individuo	A. Continúa
B. REPORTE DE NOVEDADES	B. Familia	B. Continúa
C. NOVEDADES	C. Beneficiario	C. Continúa
D. NOVEDADES	D. Beneficiario	D. Continúa
E. NOVEDADES	E. Beneficiario	E. Continúa
F. NOVEDADES	F. Beneficiario	F. Continúa
G. NOVEDADES	G. Beneficiario	G. Continúa
H. NOVEDADES	H. Beneficiario	H. Continúa
I. NOVEDADES	I. Beneficiario	I. Continúa
J. NOVEDADES	J. Beneficiario	J. Continúa
K. NOVEDADES	K. Beneficiario	K. Continúa
L. NOVEDADES	L. Beneficiario	L. Continúa
M. NOVEDADES	M. Beneficiario	M. Continúa
N. NOVEDADES	N. Beneficiario	N. Continúa
O. NOVEDADES	O. Beneficiario	O. Continúa
P. NOVEDADES	P. Beneficiario	P. Continúa
Q. NOVEDADES	Q. Beneficiario	Q. Continúa
R. NOVEDADES	R. Beneficiario	R. Continúa
S. NOVEDADES	S. Beneficiario	S. Continúa
T. NOVEDADES	T. Beneficiario	T. Continúa
U. NOVEDADES	U. Beneficiario	U. Continúa
V. NOVEDADES	V. Beneficiario	V. Continúa
W. NOVEDADES	W. Beneficiario	W. Continúa
X. NOVEDADES	X. Beneficiario	X. Continúa
Y. NOVEDADES	Y. Beneficiario	Y. Continúa
Z. NOVEDADES	Z. Beneficiario	Z. Continúa

4. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO GALLEGO SEGUNDO APELLIDO LONDOÑO PRIMER NOMBRE JEFFERSON SEGUNDO NOMBRE

5. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC 16. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1106952067 17. SEXO BIOLÓGICO X 18. SEXO IDENTIFICACIÓN

19. LUGAR DE NACIMIENTO COLOMBIA 20. LUGAR DE NACIMIENTO COLOMBIA 21. LUGAR DE NACIMIENTO TOLIMA 22. LUGAR DE NACIMIENTO VILLAHERMOSA 23. FECHA NACIMIENTO 12 09 1999

24. ETHIA 6 25. DISCAPACIDAD SI NO X 26. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD 27. TIPO DE DISCAPACIDAD 28. CLASIFICACIÓN 29. NIVEL 30. GRUPO 31. GRUPO POBLACIONAL 32. AIL NINGUNA

33. PORVENIR 34. LUGAR DE NACIMIENTO \$1,450,000.00 35. TAMAÑO DE CONTRIBUCIÓN \$0.00 36. DIRECCIÓN CL 13 8 41 37. DEPARTAMENTO TOLIMA

38. TELÉFONO Fijo 39. TELÉFONO Celular 3124892462 40. CORREO ELECTRÓNICO yefolondon@outlook.com 41. ZONA 42. PS 3246

43. DIRECCIÓN LOCALIDAD/COMUNA 44. ZONA 45. PS 46. PS 47. PS 48. PS 49. PS 50. PS 51. PS 52. PS 53. PS 54. PS 55. PS 56. PS 57. PS 58. PS 59. PS 60. PS

6. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Conjuge o conviviente ya) (partenaria del solicitante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 30. SEXO BIOLÓGICO 31. SEXO IDENTIFICACIÓN

32. NACIONALIDAD 33. LUGAR DE NACIMIENTO 34. FECHA NACIMIENTO

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD 37. NÚMERO DE IDENTIDAD 38. NACIONALIDAD

39. SEXO BIOLÓGICO 40. SEXO IDENTIFICACIÓN 41. LUGAR DE NACIMIENTO 42. FECHA NACIMIENTO

43. SEXO BIOLÓGICO 44. SEXO IDENTIFICACIÓN 45. LUGAR DE NACIMIENTO 46. FECHA NACIMIENTO

47. SEXO BIOLÓGICO 48. SEXO IDENTIFICACIÓN 49. LUGAR DE NACIMIENTO 50. FECHA NACIMIENTO

51. Datos de residencia 52. TIPO DE RESIDENCIA 53. DIRECCIÓN 54. ZONA 55. PS 56. PS 57. PS 58. PS 59. PS 60. PS

57. Datos de residencia 58. TIPO DE RESIDENCIA 59. DIRECCIÓN 60. ZONA 61. PS 62. PS 63. PS 64. PS 65. PS 66. PS 67. PS 68. PS 69. PS 70. PS

61. Datos de residencia 62. TIPO DE RESIDENCIA 63. DIRECCIÓN 64. ZONA 65. PS 66. PS 67. PS 68. PS 69. PS 70. PS 71. PS 72. PS 73. PS 74. PS 75. PS 76. PS 77. PS 78. PS 79. PS 80. PS

65. Datos de residencia 66. TIPO DE RESIDENCIA 67. DIRECCIÓN 68. ZONA 69. PS 70. PS 71. PS 72. PS 73. PS 74. PS 75. PS 76. PS 77. PS 78. PS 79. PS 80. PS 81. PS 82. PS 83. PS 84. PS 85. PS 86. PS 87. PS 88. PS 89. PS 90. PS

69. Datos de residencia 70. TIPO DE RESIDENCIA 71. DIRECCIÓN 72. ZONA 73. PS 74. PS 75. PS 76. PS 77. PS 78. PS 79. PS 80. PS 81. PS 82. PS 83. PS 84. PS 85. PS 86. PS 87. PS 88. PS 89. PS 90. PS 91. PS 92. PS 93. PS 94. PS 95. PS 96. PS 97. PS 98. PS 99. PS 100. PS

73. Datos de residencia 74. TIPO DE RESIDENCIA 75. DIRECCIÓN 76. ZONA 77. PS 78. PS 79. PS 80. PS 81. PS 82. PS 83. PS 84. PS 85. PS 86. PS 87. PS 88. PS 89. PS 90. PS 91. PS 92. PS 93. PS 94. PS 95. PS 96. PS 97. PS 98. PS 99. PS 100. PS

77. Datos de residencia 78. TIPO DE RESIDENCIA 79. DIRECCIÓN 80. ZONA 81. PS 82. PS 83. PS 84. PS 85. PS 86. PS 87. PS 88. PS 89. PS 90. PS 91. PS 92. PS 93. PS 94. PS 95. PS 96. PS 97. PS 98. PS 99. PS 100. PS

81. Datos de residencia 82. TIPO DE RESIDENCIA 83. DIRECCIÓN 84. ZONA 85. PS 86. PS 87. PS 88. PS 89. PS 90. PS 91. PS 92. PS 93. PS 94. PS 95. PS 96. PS 97. PS 98. PS 99. PS 100. PS

85. Datos de residencia 86. TIPO DE RESIDENCIA 87. DIRECCIÓN 88. ZONA 89. PS 90. PS 91. PS 92. PS 93. PS 94. PS 95. PS 96. PS 97. PS 98. PS 99. PS 100. PS

89. Datos de residencia 90. TIPO DE RESIDENCIA 91. DIRECCIÓN 92. ZONA 93. PS 94. PS 95. PS 96. PS 97. PS 98. PS 99. PS 100. PS

93. Datos de residencia 94. TIPO DE RESIDENCIA 95. DIRECCIÓN 96. ZONA 97. PS 98. PS 99. PS 100. PS

97. Datos de residencia 98. TIPO DE RESIDENCIA 99. DIRECCIÓN 100. ZONA 101. PS 102. PS 103. PS 104. PS 105. PS 106. PS 107. PS 108. PS 109. PS 110. PS 111. PS 112. PS 113. PS 114. PS 115. PS 116. PS 117. PS 118. PS 119. PS 120. PS

101. Datos de residencia 102. TIPO DE RESIDENCIA 103. DIRECCIÓN 104. ZONA 105. PS 106. PS 107. PS 108. PS 109. PS 110. PS 111. PS 112. PS 113. PS 114. PS 115. PS 116. PS 117. PS 118. PS 119. PS 120. PS

105. Datos de residencia 106. TIPO DE RESIDENCIA 107. DIRECCIÓN 108. ZONA 109. PS 110. PS 111. PS 112. PS 113. PS 114. PS 115. PS 116. PS 117. PS 118. PS 119. PS 120. PS

109. Datos de residencia 110. TIPO DE RESIDENCIA 111. DIRECCIÓN 112. ZONA 113. PS 114. PS 115. PS 116. PS 117. PS 118. PS 119. PS 120. PS

113. Datos de residencia 114. TIPO DE RESIDENCIA 115. DIRECCIÓN 116. ZONA 117. PS 118. PS 119. PS 120. PS

117. Datos de residencia 118. TIPO DE RESIDENCIA 119. DIRECCIÓN 120. ZONA 121. PS 122. PS 123. PS 124. PS 125. PS 126. PS 127. PS 128. PS 129. PS 130. PS 131. PS 132. PS 133. PS 134. PS 135. PS 136. PS 137. PS 138. PS 139. PS 140. PS

121. Datos de residencia 122. TIPO DE RESIDENCIA 123. DIRECCIÓN 124. ZONA 125. PS 126. PS 127. PS 128. PS 129. PS 130. PS 131. PS 132. PS 133. PS 134. PS 135. PS 136. PS 137. PS 138. PS 139. PS 140. PS

125. Datos de residencia 126. TIPO DE RESIDENCIA 127. DIRECCIÓN 128. ZONA 129. PS 130. PS 131. PS 132. PS 133. PS 134. PS 135. PS 136. PS 137. PS 138. PS 139. PS 140. PS

129. Datos de residencia 130. TIPO DE RESIDENCIA 131. DIRECCIÓN 132. ZONA 133. PS 134. PS 135. PS 136. PS 137. PS 138. PS 139. PS 140. PS

133. Datos de residencia 134. TIPO DE RESIDENCIA 135. DIRECCIÓN 136. ZONA 137. PS 138. PS 139. PS 140. PS

137. Datos de residencia 138. TIPO DE RESIDENCIA 139. DIRECCIÓN 140. ZONA 141. PS 142. PS 143. PS 144. PS 145. PS 146. PS 147. PS 148. PS 149. PS 150. PS 151. PS 152. PS 153. PS 154. PS 155. PS 156. PS 157. PS 158. PS 159. PS 160. PS

141. Datos de residencia 142. TIPO DE RESIDENCIA 143. DIRECCIÓN 144. ZONA 145. PS 146. PS 147. PS 148. PS 149. PS 150. PS 151. PS 152. PS 153. PS 154. PS 155. PS 156. PS 157. PS 158. PS 159. PS 160. PS

145. Datos de residencia 146. TIPO DE RESIDENCIA 147. DIRECCIÓN 148. ZONA 149. PS 150. PS 151. PS 152. PS 153. PS 154. PS 155. PS 156. PS 157. PS 158. PS 159. PS 160. PS

149. Datos de residencia 150. TIPO DE RESIDENCIA 151. DIRECCIÓN 152. ZONA 153. PS 154. PS 155. PS 156. PS 157. PS 158. PS 159. PS 160. PS

153. Datos de residencia 154. TIPO DE RESIDENCIA 155. DIRECCIÓN 156. ZONA 157. PS 158. PS 159. PS 160. PS

157. Datos de residencia 158. TIPO DE RESIDENCIA 159. DIRECCIÓN 160. ZONA 161. PS 162. PS 163. PS 164. PS 165. PS 166. PS 167. PS 168. PS 169. PS 170. PS 171. PS 172. PS 173. PS 174. PS 175. PS 176. PS 177. PS 178. PS 179. PS 180. PS

161. Datos de residencia 162. TIPO DE RESIDENCIA 163. DIRECCIÓN 164. ZONA 165. PS 166. PS 167. PS 168. PS 169. PS 170. PS 171. PS 172. PS 173. PS 174. PS 175. PS 176. PS 177. PS 178. PS 179. PS 180. PS

165. Datos de residencia 166. TIPO DE RESIDENCIA 167. DIRECCIÓN 168. ZONA 169. PS 170. PS 171. PS 172. PS 173. PS 174. PS 175. PS 176. PS 177. PS 178. PS 179. PS 180. PS

169. Datos de residencia 170. TIPO DE RESIDENCIA 171. DIRECCIÓN 172. ZONA 173. PS 174. PS 175. PS 176. PS 177. PS 178. PS 179. PS 180. PS

173. Datos de residencia 174. TIPO DE RESIDENCIA 175. DIRECCIÓN 176. ZONA 177. PS 178. PS 179. PS 180. PS

177. Datos de residencia 178. TIPO DE RESIDENCIA 179. DIRECCIÓN 180. ZONA 181. PS 182. PS 183. PS 184. PS 185. PS 186. PS 187. PS 188. PS 189. PS 190. PS 191. PS 192. PS 193. PS 194. PS 195. PS 196. PS 197. PS 198. PS 199. PS 200. PS

181. Datos de residencia 182. TIPO DE RESIDENCIA 183. DIRECCIÓN 184. ZONA 185. PS 186. PS 187. PS 188. PS 189. PS 190. PS 191. PS 192. PS 193. PS 194. PS 195. PS 196. PS 197. PS 198. PS 199. PS 200. PS

185. Datos de residencia 186. TIPO DE RESIDENCIA 187. DIRECCIÓN 188. ZONA 189. PS 190. PS 191. PS 192. PS 193. PS 194. PS 195. PS 196. PS 197. PS 198. PS 199. PS 200. PS

189. Datos de residencia 190. TIPO DE RESIDENCIA 191. DIRECCIÓN 192. ZONA 193. PS 194. PS 195. PS 196. PS 197. PS 198. PS 199. PS 200. PS

193. Datos de residencia 194. TIPO DE RESIDENCIA 195. DIRECCIÓN 196. ZONA 197. PS 198. PS 199. PS 200. PS

197. Datos de residencia 198. TIPO DE RESIDENCIA 199. DIRECCIÓN 200. ZONA 201. PS 202. PS 203. PS 204. PS 205. PS 206. PS 207. PS 208. PS 209. PS 210. PS 211. PS 212. PS 213. PS 214. PS 215. PS 216. PS 217. PS 218. PS 219. PS 220. PS

201. Datos de residencia 202. TIPO DE RESIDENCIA 203. DIRECCIÓN 204. ZONA 205. PS 206. PS 207. PS 208. PS 209. PS 210. PS 211. PS 212. PS 213. PS 214. PS 215. PS 216. PS 217. PS 218. PS 219. PS 220. PS

205. Datos de residencia 206. TIPO DE RESIDENCIA 207. DIRECCIÓN 208. ZONA 209. PS 210. PS 211. PS 212. PS 213. PS 214. PS 215. PS 216. PS 217. PS 218. PS 219. PS 220. PS

209. Datos de residencia 210. TIPO DE RESIDENCIA 211. DIRECCIÓN 212. ZONA 213. PS 214. PS 215. PS 216. PS 217. PS 218. PS 219. PS 220. PS

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps
gestionamos su salud y bienestar
100% seguro y confiable

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, **JEFFERSON GALLEGOS LONDOÑO** identificado (a) con **CC** número **1106952067** de **VILLAHERMOsa**, certifico que:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI ☐ No ☐
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI ☐ No ☐
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI ☐ No ☐
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI ☐ No ☐
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI ☐ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3124892462** y/o correo electrónico: **yefolondon@outlook.com**

SI ☐ No ☐

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

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el microsite Web (<https://www.nuevaeps.com.co/la-derivacion-de-derechos>) Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. SI ☐ No ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convive con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con No _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: _____
Tipo ID: **CC** No ID: **1106952067**
Fecha de Solicitud: **15/12/2025**
Dirección: **CL 13 B 41**
Tel: **3124892462** Municipio: **PALOCABILDO**
Departamento: **TOLIMA**

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

Firma: _____
Tipo ID: _____ No ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____

Manifiesto que he leído la anotación de todos los derechos y deberes incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de sus datos personales que hace NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service- - correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derechos y deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o elimine mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocación y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, la informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A. a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Regimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 6000 954450
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Regimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 6000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7251
Oficina de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Candelaria: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 62a No. 454 - 60 Pasa 2

Si (a) usted(a), la informada por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o ciertos documentos anexos, están utilizando por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de los datos personales únicamente para una finalidad específica relacionada con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Ley para la Protección de los Datos Personales", usted, indistintamente podrá solicitar la transparencia, información y/o recuperación de sus datos, y si usted se refiere a través de la misma, tenerlos, encargados de tratamiento de información o de sus acciones comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Formularios y Condiciones de cada uno de sus productos y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Aviso de privacidad

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

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TITULAR, SI NO INDEPENDIENTE CIVIL INGRESO SEA MENOR O SUPERIOR A 1 AÑO

AUTORIDAD COMPETENTE		ADMINISTRACIÓN DE FONDOS LABORALES		ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE PENSIONES		SISTEMA DE REGISTRO		OTROS	
NÚMERO		PORVENIR		1450000		PAGO		OTROS	
NÚMERO		PORVENIR		1450000		PAGO		OTROS	
Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro
Previdencia	Previdencia	Previdencia	Previdencia	Previdencia	Previdencia	Previdencia	Previdencia	Previdencia	Previdencia
Seguro Fomento	Seguro Fomento	Seguro Fomento	Seguro Fomento	Seguro Fomento	Seguro Fomento	Seguro Fomento	Seguro Fomento	Seguro Fomento	Seguro Fomento
<p>OTROS DATOS: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y/O COMUNICACIÓN, DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, Y/O CUALQUIER OTRO DATO QUE PERMITA IDENTIFICAR A LA PERSONA QUE SE IDENTIFICA EN EL PRESENTE FORMULARIO.</p> <p>OTROS DATOS: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y/O COMUNICACIÓN, DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, Y/O CUALQUIER OTRO DATO QUE PERMITA IDENTIFICAR A LA PERSONA QUE SE IDENTIFICA EN EL PRESENTE FORMULARIO.</p>									
<p>OTROS DATOS: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y/O COMUNICACIÓN, DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, Y/O CUALQUIER OTRO DATO QUE PERMITA IDENTIFICAR A LA PERSONA QUE SE IDENTIFICA EN EL PRESENTE FORMULARIO.</p> <p>OTROS DATOS: INFORMACIÓN DE CONTACTO Y/O COMUNICACIÓN, DIRECCIÓN, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, Y/O CUALQUIER OTRO DATO QUE PERMITA IDENTIFICAR A LA PERSONA QUE SE IDENTIFICA EN EL PRESENTE FORMULARIO.</p>									

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del Afiliado o Propietario: _____ Cédula de Ciudadanía o Documento: _____ Nombre de Oficina: _____



**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:

JEFFERSON GALLEGU LONDOÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.952.067**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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.

Grupo

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 251217397967	Fecha de radicado	17/12/2025
---------------------------	-------------------	------------

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1106952067
Nombre	JEFFERSON GALLEGO LONDOÑO
Fecha de afiliación	15/12/2025



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
FLOR ANGELA BARRETO POLOCHE	C.C.	1,106,785,059	04/12/2025	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el miércoles 3 de diciembre de 2025 a las 04:28:40 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

04/12/2025



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

I. DATOS DEL TRÁMITE							
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva C. Institucional			3. Régimen ☒ A. Contributivo B. Subsidiario		4. Contribución solidaria ☒
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) 5		
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)							
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: BARRETO Segundo Apellido: POLOCHE		Primer Nombre: FLOR Segundo Nombre: ANGELA					
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1106785059	11. Sexo biológico Femenino Masculino ☒	12. Sexo identificación F M T NB Otro ☒	Cuid:	13. Nacionalidad COLOMBIANA		
14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA Departamento: X Municipio: X				13/03/1995			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
Datos Personales							
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN Si No Nivel Grupo	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial		
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC \$2.500.000		25. Tarifa Contribución Solidaria		
26. Residencia Dirección VEREDA ZARAGOZA FAMARINOO , COYAIMA TOLIMA		Teléfono Fijo					
Teléfono Celular 3172365111		Correo Electrónico barretoangel@hotmail.com					
Departamento TOLIMA		Municipio / Distrito IBAGUE		Localidad / Comuna		Zona Cabecera Municipal Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural ☒	
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino Masculino	31. Sexo identificación F M T NB Otro	Cuid:	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 Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento	
B1			Femenino Masculino	F M T NB Otro	País Departamento Municipio		
B2			Femenino Masculino	F M T NB Otro	País Departamento Municipio		
B3			Femenino Masculino	F M T NB Otro	País Departamento Municipio		
B4			Femenino Masculino	F M T NB Otro	País Departamento Municipio		
B5			Femenino Masculino	F M T NB Otro	País Departamento Municipio		
Datos complementarios del Beneficiario							
43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5				Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
51. Datos de residencia							
Departamento	Municipio / Distrito	Zona		Teléfono fijo y celular		52. Verbo de la EPS del afiliado beneficiario (ver en el artículo 100 del Decreto 1471 de 2007)	
B1		Cabecera Municipal Centro Poblado Resto Disperso Resto Rural					
B2		Cabecera Municipal Centro Poblado Resto Disperso Resto Rural					
B3		Cabecera Municipal Centro Poblado Resto Disperso Resto Rural					
B4		Cabecera Municipal Centro Poblado Resto Disperso Resto Rural					
B5		Cabecera Municipal Centro Poblado Resto Disperso Resto Rural					
B1		Incapacidad Permanente					
B2		Incapacidad Permanente					
B3		Incapacidad Permanente					
B4		Incapacidad Permanente					

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

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

C
B1
B2
B3
B4
B5

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

55. Nombre o razón social

UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2028

56. Tipo documento de identificación

NI

57. Número del documento de identificación

9019951020

58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección

Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico

Departamento

BOGOTA

Municipio / Distrito

BOGOTA

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
☐ 3. Actualización del documento de identificación.
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidado
☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

62. Sexo biológico

Femenino Masculino

63. Sexo identificación

F M T NB Otro

Cual

64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad

04/12/2025

67. Motivo de traslado

Código

68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 21.7.3 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 O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN 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

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

Número del documento de identidad

95. Firma del funcionario

Firma

97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

04 DIC 2025

Copia contenida en el capítulo VII del formulario (stickers procesamiento)

Requiere que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información identificación y número del Ejecutivo Comercial

1012381732 JUAN GONZALEZ



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.809-8

CERTIFICA QUE:

FLOR ANGELA BARRETO POLOCHE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.106.785.059**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 4 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Grupo

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 251209396926 Fecha de radicado 09/12/2025

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1106785059
Nombre	FLOR ANGELA BARRETO POLOCHE
Fecha de afiliación	04/12/2025

CECULA DE
CIUDADANIA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.106.785.059



Apellido
BARRETO POLOCHE

Nombre
FLOR ANGELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1 71

Sexo
F

Fecha de nacimiento
13 MAR 1995

Grupos
O+

Lugar de nacimiento
SALDAÑA (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
26 MAR 2013, CHAPARRAL

Firma

Flor Angela Barreto

Fecha de expiración
30 OCT 2034



00

057949158



Hernán Penagos Giraldo
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL057949158629040<<<<<<<<<<
9503135F3410303COL1106785059<5
BARRETO<POLOCHE<<FLOR<ANGELA<<



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901995102
Número Afiliación: 9046715
Razón social: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 28980226
Nombre: CLAUDIA YINETH BASTO BASTO
Fecha Ingreso: 07/01/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 5
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 06/01/2026 10:28:58 a. m.



nueva
epi

08 01 2026

Powered by  CamScanner

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

gente cuidando gente

NIT. 909.156.384-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, **CLAUDIA YINETH BASTO BASTO** identificado(a) con **CC** número **28980226** de **VENADILLO** certifico que:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☐ SI ☐ NO

2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☐ SI ☐ NO

3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? ☐ SI ☐ NO

4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? ☐ SI ☐ NO

5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☐ SI ☐ NO

Así mismo autorizo a NUEVA EPS para que envíe información al teléfono celular No. **3122133554** y/o correo electrónico: **CLAYIBA2006@HOTMAIL.COM**

☐ SI ☐ NO

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

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes> Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. ☐ SI ☐ NO

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) **Identificada(a) con** No. **desde el día** **del año**

Cordialmente: **CLAYIBA**

Firma: **CLAYIBA**
Tipo ID: **CC** No. ID: **28980226**
Fecha de Solicitud: **07/01/2026**
Dirección: **MZ 3 CS 174 PROTECHO VENADILLO**
Tel: **3122133554** Municipio: **ARMERO**
Departamento: **TOLIMA**

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

Firma:
Tipo ID: **No ID**
Fecha (dd/mm/aaaa):
Dirección:
Tel: **Municipio:**
Departamento: **Huella**

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

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocación y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la construcción. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, la informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A - 66 Piso 2

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

Aviso de privacidad

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI
SURA	PORVENIR	1750905	POSEE VIVIENDA PROPIA	NO	PRODUCTOR AGROPECUARIO	NO	
Nivel de Experiencia: Ninguno ☐ Secundaria ☐ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐	Posición Ocupacional: Patrono/Empleados ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐	Inicio Contrato: <input type="text"/>	Fila Contrato: <input type="text"/>				
SEÑOR USUARIO TRABAJADOR INDEPENDIENTE: O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA VIGENCIA DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDIO DEJAR DE TRABAJAR CON LOS SERVIDORES DE SALUD. EL NO INGRESAR LA VIGENCIA MUYA, LA CUAL VIGENCIA VALE HASTA EL AGOSTO EN EL QUE REPORTA SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 405 ART. 57 DE 1998 Y ART. 34 DE 2000.							
SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE		Nombre del Tercero					
INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Tipo de Identificación					
		M.F. C.C. C.E. M.F. C.C. C.E.					
		Identificación del Tercero que realiza el Asunto					
		CIV					

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR **CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR** Nombre de OFICINA



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 900.149.339-3

CERTIFICA QUE:

CLÁUDIA YINETH BASTO BASTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **28.980.226**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

Grupo

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260114400054	Fecha de radicado	14/01/2026
---------------------------	-------------------	------------

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Identificación de documento	NIT				
Numero de documento	901995102				
Forma de contratación social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026				
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201				
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA		
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co		

DATOS DEL TRABAJADOR:

Identificación de documento	CEDULA CIUDADANIA				
Numero de documento	28980226				
Nombre	CLAUDIA YINETH BASTO BASTO				
Fecha de radicación	07/01/2026				

VIGILADO SuperSubsidio



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901995102
Número Afiliación: 9046715
Razón social: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1106332154
Nombre: CRISTIAN CAMILO MOLANO GUZMAN
Fecha Ingreso: 07/01/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 5
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 06/01/2026 09:45:15 a. m.



01119866784

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps

FECHA DE AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TITULAR

1. NOMBRE DEL TITULAR

2. SEXO

3. TIPO DE DOCUMENTO

4. FECHA DE NACIMIENTO

5. TIPO DE DOCUMENTO

6. FECHA DE NACIMIENTO

7. TIPO DE DOCUMENTO

8. FECHA DE NACIMIENTO

9. TIPO DE DOCUMENTO

10. FECHA DE NACIMIENTO

11. TIPO DE DOCUMENTO

12. FECHA DE NACIMIENTO

13. TIPO DE DOCUMENTO

14. FECHA DE NACIMIENTO

15. TIPO DE DOCUMENTO

16. FECHA DE NACIMIENTO

17. TIPO DE DOCUMENTO

18. FECHA DE NACIMIENTO

19. TIPO DE DOCUMENTO

20. FECHA DE NACIMIENTO

21. TIPO DE DOCUMENTO

22. FECHA DE NACIMIENTO

23. TIPO DE DOCUMENTO

24. FECHA DE NACIMIENTO

25. TIPO DE DOCUMENTO

26. FECHA DE NACIMIENTO

27. TIPO DE DOCUMENTO

28. FECHA DE NACIMIENTO

29. TIPO DE DOCUMENTO

30. FECHA DE NACIMIENTO

31. TIPO DE DOCUMENTO

32. FECHA DE NACIMIENTO

33. TIPO DE DOCUMENTO

34. FECHA DE NACIMIENTO

35. TIPO DE DOCUMENTO

36. FECHA DE NACIMIENTO

37. TIPO DE DOCUMENTO

38. FECHA DE NACIMIENTO

39. TIPO DE DOCUMENTO

40. FECHA DE NACIMIENTO

41. TIPO DE DOCUMENTO

42. FECHA DE NACIMIENTO

43. TIPO DE DOCUMENTO

44. FECHA DE NACIMIENTO

45. TIPO DE DOCUMENTO

46. FECHA DE NACIMIENTO

47. TIPO DE DOCUMENTO

48. FECHA DE NACIMIENTO

49. TIPO DE DOCUMENTO

50. FECHA DE NACIMIENTO

51. TIPO DE DOCUMENTO

52. FECHA DE NACIMIENTO

53. TIPO DE DOCUMENTO

54. FECHA DE NACIMIENTO

55. TIPO DE DOCUMENTO

56. FECHA DE NACIMIENTO

57. TIPO DE DOCUMENTO

58. FECHA DE NACIMIENTO

59. TIPO DE DOCUMENTO

60. FECHA DE NACIMIENTO

61. TIPO DE DOCUMENTO

62. FECHA DE NACIMIENTO

63. TIPO DE DOCUMENTO

64. FECHA DE NACIMIENTO

65. TIPO DE DOCUMENTO

66. FECHA DE NACIMIENTO

67. TIPO DE DOCUMENTO

68. FECHA DE NACIMIENTO

69. TIPO DE DOCUMENTO

70. FECHA DE NACIMIENTO

71. TIPO DE DOCUMENTO

72. FECHA DE NACIMIENTO

73. TIPO DE DOCUMENTO

74. FECHA DE NACIMIENTO

75. TIPO DE DOCUMENTO

76. FECHA DE NACIMIENTO

77. TIPO DE DOCUMENTO

78. FECHA DE NACIMIENTO

79. TIPO DE DOCUMENTO

80. FECHA DE NACIMIENTO

81. TIPO DE DOCUMENTO

82. FECHA DE NACIMIENTO

83. TIPO DE DOCUMENTO

84. FECHA DE NACIMIENTO

85. TIPO DE DOCUMENTO

86. FECHA DE NACIMIENTO

87. TIPO DE DOCUMENTO

88. FECHA DE NACIMIENTO

89. TIPO DE DOCUMENTO

90. FECHA DE NACIMIENTO

91. TIPO DE DOCUMENTO

92. FECHA DE NACIMIENTO

93. TIPO DE DOCUMENTO

94. FECHA DE NACIMIENTO

95. TIPO DE DOCUMENTO

96. FECHA DE NACIMIENTO

97. TIPO DE DOCUMENTO

98. FECHA DE NACIMIENTO

99. TIPO DE DOCUMENTO

100. FECHA DE NACIMIENTO

101. TIPO DE DOCUMENTO

102. FECHA DE NACIMIENTO

103. TIPO DE DOCUMENTO

104. FECHA DE NACIMIENTO

105. TIPO DE DOCUMENTO

106. FECHA DE NACIMIENTO

107. TIPO DE DOCUMENTO

108. FECHA DE NACIMIENTO

109. TIPO DE DOCUMENTO

110. FECHA DE NACIMIENTO

Molano

Guzmán

Castro

Camilo

rehabilitación

Colombia

1106332154

Tolima

Falan

30 03 2004

colombiano

1750705

301231955

Falan

Molano que me enseñó a igualar con

Finca la granja u verde la rica

Tolima

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN OBLIGATORIA INSTITUCIONAL O DE OPCIÓN

55. Nombre o razón social

56. Tipo documento de identificación

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de documento de identificación

59. Dirección

60. Ciudad

61. Departamento

62. País

63. Teléfono

64. Tipo de actividad

65. Descripción de la actividad

66. Fecha de inicio de la actividad

67. Fecha de fin de la actividad

68. Fecha de actualización

69. Tipo de actividad

70. Descripción de la actividad

71. Fecha de inicio de la actividad

72. Fecha de fin de la actividad

73. Fecha de actualización

74. Tipo de actividad

75. Descripción de la actividad

76. Fecha de inicio de la actividad

77. Fecha de fin de la actividad

78. Fecha de actualización

79. Tipo de actividad

80. Descripción de la actividad

81. Fecha de inicio de la actividad

82. Fecha de fin de la actividad

83. Fecha de actualización

84. Tipo de actividad

85. Descripción de la actividad

86. Fecha de inicio de la actividad

87. Fecha de fin de la actividad

88. Fecha de actualización

89. Tipo de actividad

90. Descripción de la actividad

91. Fecha de inicio de la actividad

92. Fecha de fin de la actividad

93. Fecha de actualización

94. Tipo de actividad

95. Descripción de la actividad

96. Fecha de inicio de la actividad

97. Fecha de fin de la actividad

98. Fecha de actualización

99. Tipo de actividad

100. Descripción de la actividad

101. Fecha de inicio de la actividad

102. Fecha de fin de la actividad

103. Fecha de actualización

104. Tipo de actividad

105. Descripción de la actividad

106. Fecha de inicio de la actividad

107. Fecha de fin de la actividad

108. Fecha de actualización

109. Tipo de actividad

110. Descripción de la actividad

111. Fecha de inicio de la actividad

112. Fecha de fin de la actividad

113. Fecha de actualización

114. Tipo de actividad

115. Descripción de la actividad

116. Fecha de inicio de la actividad

117. Fecha de fin de la actividad

118. Fecha de actualización

119. Tipo de actividad

120. Descripción de la actividad

121. Fecha de inicio de la actividad

122. Fecha de fin de la actividad

123. Fecha de actualización

124. Tipo de actividad

125. Descripción de la actividad

126. Fecha de inicio de la actividad

127. Fecha de fin de la actividad

128. Fecha de actualización

129. Tipo de actividad

130. Descripción de la actividad

131. Fecha de inicio de la actividad

132. Fecha de fin de la actividad

133. Fecha de actualización

134. Tipo de actividad

135. Descripción de la actividad

136. Fecha de inicio de la actividad

137. Fecha de fin de la actividad

138. Fecha de actualización

139. Tipo de actividad

140. Descripción de la actividad

141. Fecha de inicio de la actividad

142. Fecha de fin de la actividad

143. Fecha de actualización

144. Tipo de actividad

145. Descripción de la actividad

146. Fecha de inicio de la actividad

147. Fecha de fin de la actividad

148. Fecha de actualización

149. Tipo de actividad

150. Descripción de la actividad

151. Fecha de inicio de la actividad

152. Fecha de fin de la actividad

153. Fecha de actualización

154. Tipo de actividad

155. Descripción de la actividad

156. Fecha de inicio de la actividad

157. Fecha de fin de la actividad

158. Fecha de actualización

159. Tipo de actividad

160. Descripción de la actividad

161. Fecha de inicio de la actividad

162. Fecha de fin de la actividad

163. Fecha de actualización

164. Tipo de actividad

165. Descripción de la actividad

166. Fecha de inicio de la actividad

167. Fecha de fin de la actividad

168. Fecha de actualización

nueva
eps

gente cuidando gente
Asesor AL778
Radicado en estudio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTIAN CAMILO MOLANO GUZMAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1106332154**, se encuentra afiliado/a desde **16/01/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de enero de 2026.



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.



ComfaTolima
Sumar familia



CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260114400058

Fecha de
radicado

14/01/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

tipo de documento	NIT		
número de documento	901995102		
razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
número de documento	1106332154
nombre	CRISTIAN CAMILO MOLANO GUZMAN
fecha de afiliación	07/01/2026



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901995102
Número Afiliación: 9046715
Razón social: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento 1104707613
Nombre: GERSON STIBER FLOREZ BOHORQUEZ
Fecha Ingreso: 07/01/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 5
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 06/01/2026 10:19:16 a. m.

12135289



FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SSSS

No. Radicación: 73235

nueva
eps

SECT. NACIONAL
PROGRAMA DE RADICACIÓN

08 01 2026

A1778

I. DATOS DEL TITULAR

Los datos deben ser ingresados antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TITULAR	2. TIPO DE RADICACIÓN	3. TIPO DE RADICACIÓN	4. TIPO DE RADICACIÓN	5. TIPO DE RADICACIÓN	6. TIPO DE RADICACIÓN	7. TIPO DE RADICACIÓN	8. TIPO DE RADICACIÓN
A. AFILIACIÓN	B. RADICACIÓN DE NOVEDADES	C. RADICACIÓN DE NOVEDADES	D. RADICACIÓN DE NOVEDADES	E. RADICACIÓN DE NOVEDADES	F. RADICACIÓN DE NOVEDADES	G. RADICACIÓN DE NOVEDADES	H. RADICACIÓN DE NOVEDADES
☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

A. AFILIACIÓN

1. NOMBRE COMPLETO DE BENEFICIARIO (y del asegurado si aplica de familia)

2. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

3. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

4. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

5. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

6. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

7. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

8. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

9. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

10. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

11. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

12. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

13. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

14. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

15. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

16. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

17. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

18. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

19. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

20. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

21. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

22. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

23. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

24. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

25. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

26. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

27. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

28. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

29. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

30. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

31. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

32. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

33. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

34. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

35. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

36. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

37. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

38. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

39. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

40. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

41. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

42. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

43. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

44. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

45. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

46. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

47. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

48. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

49. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

50. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

51. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

52. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

53. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

54. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

55. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

56. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

57. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

58. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

59. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

60. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

61. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

62. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

63. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

64. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

65. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

66. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

67. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

68. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

69. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

70. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

71. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

72. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

73. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

74. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

75. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

76. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

77. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

78. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

79. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

80. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

81. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

82. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

83. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

84. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

85. NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

gente cuidando gente

AVT 888 136 264 2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, **GERSON STIBER FLOREZ BOHORQUEZ** identificado (a) con CC

número **1104707613** de **LIBANO**, certifico que:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI ☐ NO ☐
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI ☐ NO ☐
3. ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI ☐ NO ☐
4. ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI ☐ NO ☐
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI ☐ NO ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3102235280**

y/o correo electrónico: **MAYERLIMICHEL12@GMAIL.COM**

SI ☐ NO ☐

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

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web <https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes>

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

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

No. desde el día del año

Cordialmente, **gerson flores**

Firma:

Tipo ID CC No. ID: **1104707613**

Fecha de Solicitud: **07/01/2026**

Dirección: **KR 4 8 54**

Tel: **3102235280** Municipio: **FALAN**

Departamento: **TOLIMA**

Huella

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

Firma:

Tipo ID: No. ID:

Fecha (dd/mm/aaaa):

Dirección:

Tel: Municipio:

Departamento:

Huella

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

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service-, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocación y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subordinado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 55k No. 46A - 65 Piso 2

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

Aviso de privacidad

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI	NO	PRODUCCIÓN AUTOPRODUCTIVA	SI	NO
SURA	PORVENIR	1750905							
Nivel de escolaridad	Formación	Posición Ocupacional	Padrón/Empleador	Contratista	Trabaja por su Cuenta				
Formación	Formación	Inicio Contrato	Fin Contrato						

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. DEBE RESPONDER LA VERDAD DE HECHOS EN LA PLANA DE DECLARACIÓN DEL MOMENTO QUE PRECISAS DENTRARSE EN EL SISTEMA DE SALUD DE NUEVA EPS. LE GUSTARÍA LA CALIDAD TRABAJO VINCULADA AL MOMENTO EN EL CUAL RESPONDE SU INFORMACIÓN. DECRETOS 1377 DE 2013 Y 1378 DE 2013.

SOLICITUD DE COTIZACIÓN: Número del Tarjetero:

INDEPENDIENTE PAGO POR TRABAJO:

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR: CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR: Nombre de OFICINA:



**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:

SON STIBER FLOREZ BOHORQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.104.707.613**, se
entra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 14 de Enero del 2026.

Atentamente,

Gerente de Clientes



Nota:

Para que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que
le otorga su beneficio pensional.

Grupo

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260114400052 Fecha de radicado 14/01/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

tipo de documento NIT
número de documento 901995102
razón social UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026
dirección CALLE36 NO. 18-23 OF 201
departamento BOGOTA Ciudad D.C BOGOTA
teléfono 3204820 Correo electrónico admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

tipo de documento CEDULA CIUDADANIA
número de documento 1104707613
nombre GERSON STIBER FLOREZ BOHORQUEZ
fecha de radicación 07/01/2026

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260107399681	Fecha de radicado	07/01/2026
---------------------------	-------------------	------------

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	83089273
Nombre	CARLOS EDUARDO MOTTA ALVAREZ
Fecha de afiliación	02/01/2026



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9**

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
CARLOS EDUARDO MOTTA ALVAREZ	C.C.	83,089,273	02/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'f c i.', likely representing Fredy Ceballos Montaña.

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.



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

En su condición de administradora del
FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

CARLOS EDUARDO MOTTA ALVAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **83.089.273**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes





AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nít. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
LUIS EDUARDO SAMACA TOCARRUNCHO	C.C.	79,246,501	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
JAILERMAN GARZON GARCIA	C.C.	79,702,034	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
JAVIER URREGO OSMA	C.C.	93,340,925	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el viernes 16 de enero de 2026 a las 03:04:16 p. m.
Cualquier Información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JAVIER URREGO OSMA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **93340925**, se encuentra afiliado/a desde **01/08/2009** 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 22 de enero de 2026.



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.



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
LUIS EDUARDO SAMACA TOCARRUNCHO	C.C.	79,246,501	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
JAILERMAN GARZON GARCIA	C.C.	79,702,034	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
JAVIER URREGO OSMA	C.C.	93,340,925	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el viernes 16 de enero de 2026 a las 03:04:16 p. m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

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

I. DATOS DEL TRÁMITE											
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Registro de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ C. De Oficio ☐ - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐				3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiario ☐		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. Código (a registrar por la EPS) 5					
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)											
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: GARZON Segundo Apellido: GARCIA Primer Nombre: JAILERMAN Segundo Nombre:											
9. Tipo de documento de identidad: CC		10. Número del documento de identidad: 79702034		11. Sexo biológico Femenino Masculino ☒		12. Sexo identificación F M T NB Otro ☒		13. Nacionalidad COLOMBIANA		14. Fecha de nacimiento: 04/10/1974	
14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA											
III. DATOS COMPLEMENTARIOS											
Datos Personales											
16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN Si No		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.750.905		25. Tarifa Contribución Solidaria			
26. Residencia Dirección: CARRERA 7 3-135 CALLE MORALES, FALAN (TOLIMA) Teléfono Celular: 3208384289 Correo Electrónico: JAILERMANG@HOTMAIL.COM Departamento: BOGOTA Municipio / Distrito: BOGOTA Localidad / Comuna: BOGOTA Zona: Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐											
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR											
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante											
27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:											
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino Masculino		31. Sexo identificación F M T NB Otro		32. Nacionalidad		33. Fecha de nacimiento	
33. Lugar de 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:											
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino Masculino		40. Sexo identificación F M T NB Otro		41. Lugar de nacimiento País: Departamento: Municipio:	
42. Fecha de nacimiento											
Datos complementarios del Beneficiario											
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN Si No		48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	
49. Discapacidad Si No Categoría de discapacidad		50. Incapacidad permanente 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 beneficiario adicional	
53. Dirección											

**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:

JAILERMAN GARZON GARCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.702.034**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Enero del 2026.

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.



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que los afiliados relacionados a continuación se encuentran vinculados con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
LUIS EDUARDO SAMACA TOCARRUNCHO	C.C.	79,246,501	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
JAILERMAN GARZON GARCIA	C.C.	79,702,034	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5
JAVIER URREGO OSMA	C.C.	93,340,925	19/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el viernes 16 de enero de 2026 a las 03:04:16 p. m.
Cualquier Información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



**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 EDUARDO SAMACA TOCARRUNCHO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.246.501**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero del 2026.

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.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012606331
9012606331

No. de Radicación SAT
30190375

Fecha de Radicación
23 | 01 | A 2026 | A

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	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. 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. Código (a registrar por la EPS) <div></div>
--	--	--	--	---	--	---

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

8. Apellidos y nombres SAMACA Primer Apellido	TOCARRUNCHO Segundo Apellido	LUIS Primer Nombre	EDUARDO Segundo Nombre
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 79246501	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	15. Fecha de nacimiento 25 D 03 M A 1970 A A	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒ Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	21. Grupo de población especial <input type="text"/>
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.825.000	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	
Departamento		Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona	

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 <input type="text"/>	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre																				
B1																				
B2																				
B3																				
B4																				
B5																				
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual				41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio			42. Fecha de nacimiento									
B1												D	D	M	M	A	A	A	A	
B2													D	D	M	M	A	A	A	A
B3													D	D	M	M	A	A	A	A
B4													D	D	M	M	A	A	A	A
B5													D	D	M	M	A	A	A	A

Datos complementarios del beneficiario

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

51. Datos de residencia

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

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

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

55. Nombre o razón social UNIÓN TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 901995102	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación CALLE 36 18 23 OFICINA 201	31723651 <small>Teléfono</small>	 <small>Correo electrónico</small>	BOGOTA <small>Municipio / Distrito</small>	DISTRITO CAPITAL <small>Departamento</small>

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
65. EPS anterior			66. Fecha de novedad D 19 M 01 A 2026 A		67. Motivo de traslado Código <input type="text"/>		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐ 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.
☐ 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.	☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☐ 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.	☐ 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

Apellidos y nombres							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad <input type="text"/>			Número del documento de identidad				

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	☐ CN	☐ RC	☐ TI	☐ CC	☐ PA	☐ CE	☐ CD	☐ SC		
Cantidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTALANEXOS <input type="text"/>	
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.										☐

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

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la institución	
Código del municipio	<input type="text"/>	Código del departamento	<input type="text"/>

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 <input type="text"/>	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: CARGO: OPERADOR DE EXCAVADORA			

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.

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260126401658 Fecha de radicado 26/01/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1054555740
Nombre	ALEXANDER GOMEZ BUITRAGO
Fecha de afiliación	22/01/2026



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
NIT. 860.002.183 - 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
ALEXANDER GOMEZ BUITRAGO	C.C.	1,054,555,740	22/01/2026	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el miércoles 21 de enero de 2026 a las 02:51:27 p.m.
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-5121 en Bogotá 4235757.



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	1054555740
NOMBRES	ALEXANDER
APELLIDOS	GOMEZ BUITRAGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CALDAS
MUNICIPIO	LA DORADA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	25/09/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/28/2026 15:37:08	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

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

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

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

**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:

ALEXANDER GOMEZ BUITRAGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.054.555.740**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

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.



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
NIT. 860.002.183 - 9

CERTIFICA

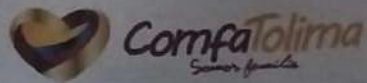
Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JUAN GABRIEL BURBANO CORDOBA	C.C.	1.059.363.752	23/01/2026	RIESGO V	8.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el jueves 22 de enero de 2026 a las 03:37:15 p. m.
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.



CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260126401660

Fecha de
radicado

26/01/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1059363752
Nombre	JUAN GABRIEL BURBANO CORDOBA
Fecha de afiliación	23/01/2026



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	1059363752
NOMBRES	JUAN GABRIEL
APELLIDOS	BURBANO CORDOBA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	BALBOA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/28/2026 15:50:40	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

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

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

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

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

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

**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:

JUAN GABRIEL BURBANO CORDOBA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.059.363.752**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



ComfaTolima
Somos familia



CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 260114400065 Fecha de radicado 14/01/2026

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1109294227
Nombre	ANDRES BARRERA RINCON
Fecha de afiliación	07/01/2026



INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 901995102
Número Afiliación: 9046715
Razón social: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: CÉDULA
Número de Documento: 1109294227
Nombre: ANDRES BARRERA RINCON
Fecha Ingreso: 07/01/2026
Salario básico: 1,927,405
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: 5
Tasa: 6.960
Fecha hora transacción: 06/01/2026 10:37:26 a. m.



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	1109294227
NOMBRES	ANDRES
APELLIDOS	BARRERA RINCON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	FRESNO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
PROTECCIÓN LABORAL C	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	10/08/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/28/2026 15:55:06	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

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

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

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

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

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

 [IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 9046715 correspondiente a la empresa Union Temporal Tolima Vial 2026.

Nombre	T. I	Número de Identificación	Fecha de Inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
GYSELL FERNANDA JIMENEZ VILLARRAGA	C.C.	1,106,951,718	18/11/2025	RIESGO V	6.960	CETRAB 5

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de Internet www.axacolpatria.co, el viernes 14 de noviembre de 2025 a las 02:39:12 p. m.
Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

NUEVA EPS S.A

Certifica...

192 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia...

CC 1106951718 GYSELL FERNANDA JIMENEZ VILLARRAGA

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A 26

Fecha Afiliación 01/07/2014 Estado Cotizante ACTIVO

Fecha Ultimo Periodo Cotizado. 01/12/2025 Causal SIN EMPLEADOR ACTIVO

Fecha Cancelación. 00/00/0000

Beneficiarios

La presente certificación se expide el día 4 de Diciembre de 2025 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

RICARDO ALARCON ROA
EJECUTIVO DE CUENTA



A1778

nueva
epi
gente custando gente
Aument. A1770
Radicado en estudio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JIMENEZ VILLARRAGA GYSELL FERNANDA** identificado(a) con CC número **1.106.951.718** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de diciembre 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 14 de noviembre 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/>

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

RADICADO No. 251120394776	Fecha de radicado	20/11/2025
---------------------------	-------------------	------------

INFORMACION DE LA EMPRESA:

Tipo de documento	NIT		
Número de documento	901995102		
Razón social	UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026		
Dirección	CALLE36 NO. 18-23 OF 201		
Departamento	BOGOTA D.C.	Ciudad	D.C BOGOTA
Teléfono	3204820	Correo electrónico	admonguarinocito@ingenieriadevias.com.co

DATOS DEL TRABAJADOR:

Tipo de documento	CEDULA CIUDADANIA
Número de documento	1106951718
Nombre	GYSELL FERNANDA JIMENEZ VILLARRANGA
Fecha de afiliación	18/11/2025