

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	02/05/2023
		PÁGINA	1 de 16

INFORME DE CONTRATISTA DE OBRA

No.01



CONTRATO No. CO1.PCCNTR8709257 del 16 DE DICIEMBRE DE 2025

OBJETO DEL CONTRATO: REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE

PERIODO: 23 DE ENERO 2026 AL 28 DE FEBRERO DE 2026

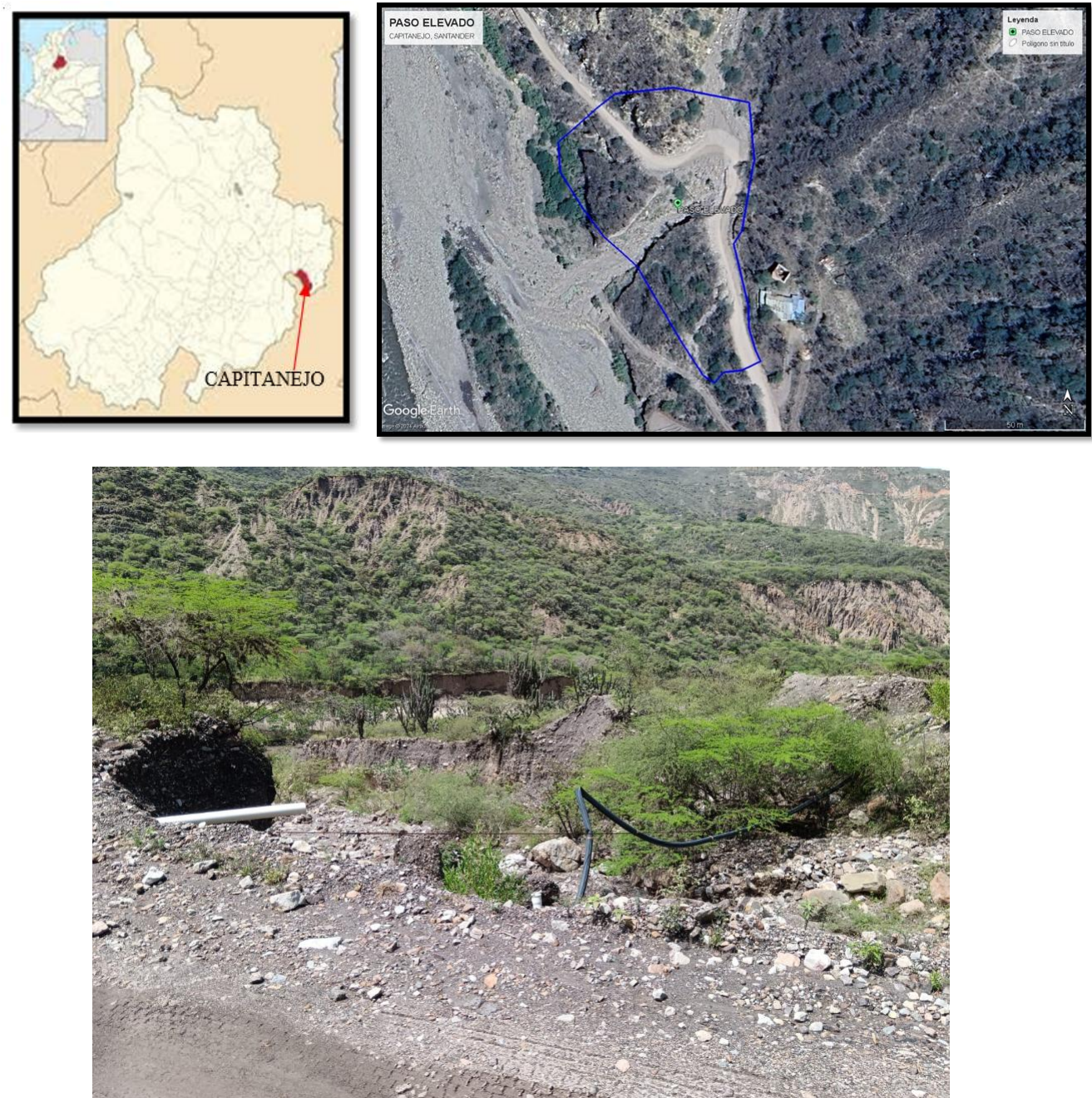
República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	02/05/2023
		PÁGINA	2 de 16

INTRODUCCIÓN

En el presente informe se presentan las actividades ejecutadas durante el periodo comprendido entre el 23 de ENERO 2026 al 28 de febrero de 2026, como parte del desarrollo de actividades del proyecto: “REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE”, el cual está siendo ejecutado por la empresa INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S.

La meta principal de esta obra civil es rehabilitar la red de conducción del acueducto proveniente de rio nevado y que conduce al casco urbano del municipio de capitanejo, el cual es la única alternativa de abastecimiento en épocas de fuertes verano para su población. Para esto es necesario realizar la construcción de un paso elevado, para el cruce de tubería por una zona de alta erosión, donde se requieren adicionalmente obras de mitigación y prevención como gaviones que permitan estabilizar los taludes de este sector, dado que por las fuertes lluvias se generan grandes escorrentías que provocaron la ruptura de la tubería.

LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO



El proyecto se encuentra ubicado en Capitanejo, es un municipio de Colombia, ubicado en el departamento de Santander en la provincia de García Rovira en la ribera del río Chicamocha. Se sitúa a 188 km de la capital departamental, Bucaramanga y 35 km de Málaga Capital de la provincia de García Rovira.

La cabecera municipal de este municipio se localiza a los 6°32’ de latitud norte y a los 72°42’ de longitud al oeste del meridiano de Greenwich, la precipitación promedio es de 950 milímetros anuales.

La zona por intervenir se puede apreciar en la siguiente imagen, misma en la que se puede apreciar la afectación causada por la socavación que se dio en la estructura de la red de conducción del acueducto y genero su colapso.

INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA No. 01.
PARA TRÁMITE DE ACTA PARCIAL.

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE OBRA PÚBLICA	
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR8709257	16 DE DICIEMBRE DE 2025
CONTRATISTA:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S R/L GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO	
Nit o C.C. No.	901589014-1 / 1.098.792.531 de Bucaramanga Santander	
OBJETO:	REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE	

VALOR INICIAL:	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$455.486.790,00)	
VALOR ADICIONAL:	\$ 00.000.000	
VALOR TOTAL	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$455.486.790,00)	
ANTICIPO INICIAL	\$ 00.000.000	
ANTICIPO ADICIONAL	\$ 00.000.000	
ANTICIPO TOTAL	\$ 00.000.000	
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	PRESENTE ACTA:	ACUMULADO:
	\$ 00.000.000	\$ 00.000.000
AMORTIZACION ANTICIPO ADICIONAL:	PRESENTE ACTA:	ACUMULADO:
	\$ 00.000.000	\$ 00.000.000
PORCENTAJE DE AVANCE FISICO	61.31%	
PORCENTAJE DE AVANCE FINANCIERO	0.00%	
PLAZO INICIAL:	DOS (2) MESES	
PLAZO ADICIONAL:	N/A	
PLAZO TOTAL	DOS (2) MESES	
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.8709264	16 de diciembre de 2025
INTERVENTOR:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	
Nit o C.C. DEL INTERVENTOR	900.956.204-7 / 1.098.799.486 DE BUCARAMANGA	
SUPERVISOR ACTO ADMINISTRATIVO DE SUPERVISIÓN:	Dr. EDUARD JESUS SANCHEZ ARIZA Acto administrativo 8 de enero de 2026 Ing. PEDRO LUIS ARAQUE MURILLO Acto administrativo 23 de Enero de 2026	

FECHA DE INICIACION:	23/01/2026
----------------------	------------

ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	N/A	FECHA:	DD/MMM/AAAA
No.	N/A	FECHA:	DD/MMM/AAAA

ACTAS DE REINICIO			
No.	N/A	FECHA:	DD/MMM/AAAA
No.	N/A	FECHA:	DD/MMM/AAAA

FECHA DE TERMINACION:	22/03/2026
-----------------------	------------

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
		PÁGINA	5 de 16

OFICINA GESTORA:	OFICINA PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES
------------------	---

TRÁMITE DE ACTA DE PAGO	SI	X	NO	
-------------------------	----	---	----	--

VALOR POR PAGAR:	\$279.252.775,00
------------------	------------------

PERIODO DE PAGO:	DESDE:	23/01/2026	HASTA:	28/02/2026
------------------	--------	------------	--------	------------

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Nombre Del Proyecto:	REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE
No. SSEPI:	N/A
No. BPIN:	N/A
Valor total del Proyecto.	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$455.486.790,00)
Alcance:	REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO DE OBRA No. CO1.PCCNTR8709257 DE 16/12/2025

2.1 INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE OBRA

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE OBRA PÚBLICA	
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR8709257	16 DE DICIEMBRE DE 2025
CONTRATISTA:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S R/L GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO	
Nit o C.C. No.	901589014-1 / 1.098.792.531 de Bucaramanga Santander	
OBJETO:	REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE	

VALOR INICIAL:	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$455.486.790,00)
VALOR ADICIONAL:	\$ 00.000.000
VALOR TOTAL	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$455.486.790,00)

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA		CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
			VERSIÓN	0
			FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
			PÁGINA	6 de 16

ANTICIPO INICIAL	\$ 00.000.000		
ANTICIPO ADICIONAL	\$ 00.000.000		
ANTICIPO TOTAL	\$ 00.000.000		
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	PRESENTE ACTA:	ACUMULADO:	
	\$ 00.000.000	\$ 00.000.000	
AMORTIZACION ANTICIPO ADICIONAL:	PRESENTE ACTA:	ACUMULADO:	
	\$ 00.000.000	\$ 00.000.000	
PORCENTAJE DE AVANCE FISICO	61.31%		
PORCENTAJE DE AVANCE FINANCIERO	0.00%		
PLAZO INICIAL:	DOS (2) MESES		
PLAZO ADICIONAL:	N/A		
PLAZO TOTAL	DOS (2) MESES		
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.8709264	16 de diciembre de 2025	
INTERVENTOR:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS		
Nit o C.C. DEL INTERVENTOR	900.956.204-7 / 1.098.799.486 DE BUCARAMANGA		
SUPERVISOR ACTO ADMINISTRATIVO DE SUPERVISIÓN:	Dr. EDUARD JESUS SANCHEZ ARIZA Acto administrativo 8 de enero de 2026 Ing. PEDRO LUIS ARAQUE MURILLO Acto administrativo 23 de Enero de 2026		

FECHA DE INICIACION:	23/01/2026
----------------------	------------

ACTAS DE SUSPENSIÓN			
No.	N/A	FECHA:	DD/MMM/AAAA
No.	N/A	FECHA:	DD/MMM/AAAA

ACTAS DE REINICIO			
No.	N/A	FECHA:	DD/MMM/AAAA
No.	N/A	FECHA:	DD/MMM/AAAA

FECHA DE TERMINACION:	22/03/2026
-----------------------	------------

OFICINA GESTORA:	OFICINA PARA LA GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES
------------------	---

2.2 RELACION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS DEL CONTRATO DE OBRA

ACTA	FECHA	DESCRIPCIÓN
INICIO	23/01/2026	SE FIRMÓ EL ACTA DE INICIO DE OBRA DEL PRESENTE CONTRATO
MODIFICATORIA DE CANTIDADES N°1	13-02-2026	SE REALIZO MODIFICATORIA DE CANTIDADES N°1 AL CONTRATO DE OBRA
PARCIAL 1	EN TRAMITE	ACTA DE COBRO PARCIAL NO. 1

2.3 CAMBIOS TECNICOS Y/O MODIFICACIONES DEL CONTRATO Y/O PROYECTO.

A la fecha se realizó el acta de modificatoria de cantidades n°1, teniendo en cuenta que por la erosión del terreno se incrementó la longitud del paso elevado, pasando de 35 a 39 m, y requiriendo construir prioritariamente las obras de mitigación en este contrato para prevenir el incremento en la erosión del terreno. Esta modificatoria no afecto el balance financiero del contrato.

2.4 ACTIVIDADES TÉCNICAS EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA DE OBRA

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
		PÁGINA	7 de 16

A continuación, se relacionan las actividades ejecutadas durante el transcurso del tiempo desde el inicio del contrato hasta la vigencia, que corresponde a lo enmarcado en el objeto contractual, a la fecha, el avance de ejecución física de la obra representa el 61.31% del valor del contrato.

2.4.1 EJECUCIÓN FÍSICA DEL CONTRATO:

Las cantidades ejecutadas en el presente periodo se relacionan en la siguiente tabla:

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA				CÓDIGO		AP-CCP-RG-76	
					VERSIÓN		0	
					FECHA DE APROBACIÓN		16/10/2025	
					PÁGINA		8 de 16	
ITEM	NORMA	CONDICIONES ORIGINALES			CANTIDADES FINALES (MODIFICATORIA N°1)		CANTIDADES EJECUTADAS (PRESENTE ACTA DE PARCIAL 1)	
	ESPECIFICACIÓN TÉCNICA	DESCRIPCION ITEM	UNID	PRECIO UNITARIO	CANT	VALOR PARCIAL	CANT	VALOR PARCIAL
1,00		PRELIMINARES						
1,01		Localización y replanteo	M2	\$ 2.312,00	156,52	\$ 361.874,00	132,52	\$ 306.386,00
1,02		Descapote Mecánico e=0.20 m2	M2	\$ 7.317,00	93,52	\$ 684.286,00	93,52	\$ 684.286,00
1,03		Retiro y cargue de material sobrante en botadero autorizado	M3	\$ 51.857,00	39,44	\$ 2.045.240,00	-	\$ -
Subtotal						\$ 3.091.400,00		\$ 990.672,00
2,00		MOVIMIENTO DE TIERRA						
2,01		Excavación manual para redes profundidad 0m - 2.5m (incluye cargue y retiro interno del material excavado.)	M3	\$ 87.676,00	8,40	\$ 736.478,00		\$ -
2,02		Excavación a máquina para redes profundidad 2.51m - 5m (incluye cargue y retiro interno del material excavado.)	M3	\$ 35.194,00	0,00	\$ -	-	\$ -
2,03		Excavación en roca	M3	\$ 145.009,00	24,02	\$ 3.483.116,00	24,02	\$ 3.483.116,00
Subtotal						\$ 4.219.594,00		\$ 3.483.116,00
3,00		CONSTRUCCION PASO ELEVADO						
3,01		Suministro e instalación de concreto ciclópeo (60% Concreto Simple 3000 psi; 40 % Piedra Rajón) para muertos	M3	\$ 994.723,00	31,52	\$ 31.353.669,00	31,52	\$ 31.353.669,00
3,02		Suministro e instalación de acero de refuerzo PDR-60	KG	\$ 10.715,00	2.377,62	\$ 25.476.198,00	1.689,57	\$ 18.103.743,00
3,03		Concreto anclaje macizo 4000 Psi	M3	\$ 1.158.844,00	8,87	\$ 10.278.946,00	8,87	\$ 10.278.946,00
3,04		Suministro e instalación PERFIL IPE 240	KG	\$ 51.893,00	2.577,74	\$ 133.766.662,00	2.577,74	\$ 133.766.662,00
3,05		Suministro e instalación PERFIL IPE 80	KG	\$ 52.675,00	128,00	\$ 6.742.400,00	128,00	\$ 6.742.400,00
3,06		Instalación accesorios (abrazaderas tubo PPal) (Fy=50 KSI)	UND	\$ 436.497,00	26,00	\$ 11.348.922,00	-	\$ -
Subtotal						\$ 218.966.797,00		\$ 200.245.420,00
4,00		SISTEMA DE MITIGACION Y CONTENCION						
4,01		Gaviones para Protección de la estructura de elevación construida en malla Triple Torsión Cal 10 (dim 2X1X1)	m3	\$ 380.602,00	90,00	\$ 34.254.180,00	-	\$ -
4,02		Concreto 4000 psi para mejoramiento de suelo y anclaje	m3	\$ 1.158.844,00	-	\$ -	-	\$ -
Subtotal						\$ 34.254.180,00		\$ 0,00
5,00		TUBERIA REPOSICION PASO ELEVADO						
5,01		Suministro e Instalación de Tubería 160 MM PE 100 RDE 17 NP8	ML	\$ 147.254,00	6,00	\$ 883.524,00		\$ -
5,02		Suministro e Instalación de Tubería 110 MM PE 100 RDE 17 NP10	ML	\$ 92.492,00	-	\$ -		\$ -
5,03		Suministro e Instalación de Tubería 160 MM PE 100 RDE 17 NP10	ML	\$ 126.254,00	63,00	\$ 7.954.002,00	-	\$ -
5,04		Suministro e Instalación de Tubería PRESION PVC UNION MECANICA D=6" RDE 26	ML	\$ 142.350,00	6,00	\$ 854.100,00		\$ -
Subtotal						\$ 9.691.626,00		\$ 0,00
6		ITEMS NO PREVISTOS Y/O ADICIONALES						
6,01		Estructura metalica H soporte Tubería D=6" X 6mm	kg	\$ 40.387,00	487,56	\$ 19.691.086,00	-	\$ -
6,02		Suminsitro e instalacion cable acero galvanizado AA 6X19 D=3/4" (incluye grapas y guardacabos)	ML	\$ 94.018,00	110,00	\$ 10.341.980,00	-	\$ -
6,03		Suminsitro e instalacion cable acero galvanizado AA 6X19 D=1/4" (incluye grapas y guardacabos)	ml	\$ 66.127,00	70,50	\$ 4.661.954,00	-	\$ -
6,04		RELLENO CON MATERIAL DE SITIO, COMPACTADO CON PLANCHA VIBRATORIA (RANA)	m3	\$ 60.218,00	39,84	\$ 2.399.085,00	15,12	\$ 910.496,00
6,05		SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE GEOTEXTIL NT 1800 PARA SEPARACION SUBRASANTE/CAPAS GRANULARES Y/O SUBDRENES/FILTROS	ml	\$ 86.467,00	9,00	\$ 778.203,00	-	\$ -
6,06		SUMINISTRO E INSTALACIÓN VÁLVULA COMPUERTA H.D. D = 6" EXTREMO BRIDA SELLO ELASTICO, 250 PSI.	Und	\$ 2.632.904,00	1,00	\$ 2.632.904,00	-	\$ -
6,07		CAJAS DE INSPECCIÓN EN LADRILLO DE 0.60 X 0.60 x 0.60 M	Und	\$ 533.020,00	1,00	\$ 533.020,00	-	\$ -
6,08		EXCAVACIONES MECANICAS VARIAS EN MATERIAL COMUN SECO. (incluye cargue y retiro interno del material excavado.)	m3	\$ 32.182,00	131,64	\$ 4.236.438,00	38,04	\$ 1.224.203,00
6,09		PLACA BASE GAVION EN CONCRETO DE 3000 PSI	m3	\$ 1.022.443,00	11,84	\$ 12.105.725,00	-	\$ -
Subtotal						\$ 57.380.395,00		\$ 2.134.699,00
COSTO DIRECTO						\$ 327.603.992,00		\$ 206.853.907,00
		AIU 35%	NISTRA	29%		\$ 95.005.158,00		\$ 59.987.634,00
			PREVIS	1%		\$ 3.276.040,00		\$ 2.068.539,00
			TILIDA	5%		\$ 16.380.199,60		\$ 10.342.695,35
		TOTAL AIU				\$ 114.661.397,60		\$ 72.398.868,35
		COSTO DIRECTO + AIU				\$ 442.265.390,00		\$ 279.252.775,00
		PRESUPUESTO PMA				\$ 4.473.400,00		\$ -
		PRESUPUESTO PMT				\$ 8.748.000,00		\$ -
		VALOR TOTAL DE LA OBRA				\$ 455.486.790,00		\$ 279.252.775,00

2.4.2 PROGRAMA DE TRABAJO DEL CONTRATISTA.

A continuación, se presenta por medio de una tabla el avance real de la obra, el cual corresponde al 61.31% de total del contrato.

PERIODO	FECHA INICIO	FECHA FIN	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE AVANCE	
				EJECUCIÓN FÍSICA	EJECUCIÓN DEL PLAZO
1	23/01/2026	31/01/2026	\$ 46.008.918	10.10%	10%
ACTUAL	01/02/2026	28/02/2026	\$ 233.243.857,00	51.21%	50%
TOTAL, ACUMULADO			\$ 279.252.775.00	61.31%	60%

2.4.3 INFORME GENERAL DEL ESTADO DEL TIEMPO

Para este periodo se han presentado algunas lluvias, pero no han afectado la ejecución del contrato. El estado del tiempo es mayormente seco, con fuertes temperaturas en horas del medio día.

2.5 ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA DE OBRA:

Durante el presente periodo No se han suscrito Contratos adicionales.

Las actividades administrativas ejecutadas durante el periodo del presente informe fueron:

- Se llevan a cabo las afiliaciones del personal de obra nuevo a los sistemas de seguridad social y parafiscales.
- Se ejecutan trámites administrativos para órdenes de pagos tanto a proveedores como las nóminas del personal de obra.
- Se realiza el seguimiento a la programación de la obra
- Se hace diligenciamiento de la bitácora de obra (Ver Anexo No.5).
- Se desarrollan las capacitaciones para el personal de obra.
- Se establece comunicación permanente con la interventoría, entidad contratante, alcaldía municipal
- Se ejecuta y diligencia una carpeta del contrato donde se archivan todos los documentos referentes al contrato.
- Se Atiendes dudas y solicitudes en el Punto de Atención a la comunidad.

2.5.1 RELACION DEL PERSONAL UTILIZADO POR EL CONTRATISTA DE OBRA

El personal utilizado en la ejecución del contrato se relaciona en el siguiente cuadro: El personal solicitado según el pliego de condiciones o términos de referencia son:

CARGO	% DE DEDICACIÓN	NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE INGRESO	FECHA DE TERMINACIÓN
Director de obra	40%	Edwin Antonio Ortiz Higuera	13.510.480	23-01-2026	INDEFINIDO
Residente de obra	100%	Yilmar Gonzalo Marín Quitian	1.101.177.653	23-01-2026	INDEFINIDO

2.5.2 RELACION DE LOS APORTES A SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA DE OBRA

Declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Tributario Nacional, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud, pensión y parafiscales de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002. Anexo cuadro de control pago de seguridad social y planillas de pago de seguridad social del contratista de obra. A continuación, se relaciona los pagos del período, a saber:

Nombre: Edwin Antonio Ortiz Higuera

Cargo: director de obra

TIPO DE APORTE	DETALLE	PERIODO
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	ENERO -26
	Fecha de pago	27/01/2026
	No. Planilla	35885711
	IBC	\$ 1.750.905
	Valor cotizado	\$ 218.900
	EPS	NUEVA E.P.S. S.A
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	ENERO -26
	Fecha de pago	27/01/2026
	No. Planilla	35885711
	IBC	\$ 1.750.905
	Valor cotizado	\$280.200
	AFP	COLFONDOS
APORTE A ARL	Periodo de cotización	ENERO -26
	Fecha de pago	27/01/2026
	No. Planilla	35885711
	IBC	\$ 1.750.905
	Valor cotizado	\$121.900
	ARL	POSITIVA
PARAFISCALES	SENA	No Aplica
	ICBF	No Aplica
	Caja de compensación	No Aplica

TIPO DE APORTE	DETALLE	PERIODO
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	FEBRERO-26
	Fecha de pago	26/02/2026
	No. Planilla	36149006
	IBC	\$1.750.905
	Valor cotizado	\$218.900
	EPS	NUEVA E.P.S. S.A
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	FEBRERO-26
	Fecha de pago	26/02/2026
	No. Planilla	36149006
	IBC	\$1.750.905
	Valor cotizado	280.200
	AFP	COLFONDOS
APORTE A ARL	Periodo de cotización	FEBRERO-26
	Fecha de pago	26/02/2026
	No. Planilla	36149006
	IBC	\$1.750.905

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA		CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
			VERSIÓN	0
			FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
			PÁGINA	11 de 16
PARAFISCALES	Valor cotizado	\$121.900		
	ARL	POSITIVA		
	SENA	No Aplica		
	ICBF	No Aplica		
	Caja de compensación	No Aplica		

Nombre: YILMAR GONZALO MARIN QUITIAN

Cargo: Residente de obra

TIPO DE APORTE	DETALLE	PERIODO
APORTE APOORTE A SALUD	Periodo de cotización	ENERO -26
	Fecha de pago	07/04/2026
	No. Planilla	84858072
	IBC	\$1.800.000,00
	Valor cotizado	\$ 225.000
	EPS	NUEVA EPS
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	ENERO -26
	Fecha de pago	07/04/2026
	No. Planilla	84858072
	IBC	\$1.800.000,00
	Valor cotizado	\$ 288.000
	AFP	PORVENIR
APORTE A ARL	Periodo de cotización	ENERO -26
	Fecha de pago	07/04/2026
	No. Planilla	84858072
	IBC	\$1.800.000,00
	Valor cotizado	\$125.300
	ARL	COLMENA
PARAFISCALES	SENA	No Aplica
	ICBF	No Aplica
	Caja de compensación	No Aplica

TIPO DE APORTE	DETALLE	PERIODO
APORTE APOORTE A SALUD	Periodo de cotización	Febrero-26
	Fecha de pago	07/04/2026
	No. Planilla	84858162
	IBC	\$1.800.000,00
	Valor cotizado	\$ 225.000
	EPS	NUEVA EPS
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	Febrero-26
	Fecha de pago	07/04/2026
	No. Planilla	84858162
	IBC	\$1.800.000,00
	Valor cotizado	\$288.000,00
	AFP	PORVENIR
APORTE A ARL	Periodo de cotización	Febrero-26
	Fecha de pago	07/04/2026
	No. Planilla	84858162
	IBC	\$1.800.000,00
	Valor cotizado	\$125.300,00
	ARL	COLMENA
PARAFISCALES	SENA	No Aplica
	ICBF	No Aplica

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA		CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
			VERSIÓN	0
			FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
			PÁGINA	12 de 16
	Caja de compensación	No Aplica		

2.5.3 RELACION DE POLIZAS A CARGO DEL CONTRATISTA

Nombre de aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A

Póliza de Garantía de cumplimiento estatal No. 96-44-101201979 (Anexo 2)			
Aprobada mediante acta de aprobación de pólizas de fecha DD/MM/AAAA			
AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
		DESDE (DD/MM/AAA)	HASTA (DD/MM/AAA)
ANTICIPO			
CUMPLIMIENTO	\$ 91.097.392,40	23/01/2026	23/09/2026
SALARIOS	\$ 91.097.392,40	23/01/2026	26/03/2029
ESTABILIDAD	\$ 91.097.392,40	26-03-2026	26-03-2031
OTROS			

Póliza de Garantía de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 96-40-101072378 (Anexo 2)			
Aprobada mediante acta de aprobación de pólizas de fecha DD/MM/AAAA			
AMPARO	VALOR ASEGURADO	VIGENCIA	
		DESDE (DD/MM/AAA)	HASTA (DD/MM/AAA)
Predios, labores, operaciones	\$ 284.700.000	23/01/2026	26/03/2026
Perjuicios Extrapatrimoniales	\$ 284.700.000	23/01/2026	26/03/2026
Daño emergente y lucro cesante	\$ 284.700.000	23/01/2026	26/03/2026

Ver anexo No. 4, POLIZAS

2.6 ACTIVIDADES FINANCIERAS EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA DE OBRA:

El contrato no cuenta con anticipo

A la fecha, con el presente informe se realiza el proceso de trámite para el acta de pago parcial No. 1 correspondiente al periodo del 23 de enero de 2026 al 28 de febrero de 2026 DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE: \$ 279.252.775,00).

El contratista continua con la compra de materiales y pago de mano de obra.

2.6.1 INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO DE OBRA

VALOR INICIAL	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$455.486.790,00)
VALOR ADICIONAL	\$00.000.000
VALOR TOTAL	CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE (\$455.486.790,00)
EJECUCIÓN FINANCIERA	DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE: \$ 279.252.775,00).

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
		PÁGINA	13 de 16

CDP			RP				
No.	Fecha expedición	Valor de la certificación	No.	Fecha expedición	Valor de la certificación	Valor pagado	Valor disponible
25003026	03/10/2025	\$ 455.486.962,00	25010631	17/12/2025	\$ 455.486.790,00	\$ 0,00	\$ 455.486.790,00

2.7 ACTIVIDADES AMBIENTALES EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA DE OBRA:

- Se lleva a cabo la reposición de elementos de protección personal y seguridad industrial para el personal actualmente laborando en la ejecución del proyecto.
- Se realizan buenas prácticas relacionadas con en el manejo y la disposición de los residuos por parte del contratista de obra, contribuyendo a no generar afectación al medio ambiente.
- Se realiza la señalización mínima requerida en obra, como limitación y mitigación de la incidencia de personas externas a la obra

Con relación a las actividades relacionadas con el PLAN DE MANEJO AMBIENTAL, se realizaron las siguientes acciones o programas con el objetivo de minimizar el impacto ambiental debido a la ejecución de la obra:

- Programa desarrollo y aplicación de la gestión ambiental.
- Programa actividades constructivas
- Programa de biodiversidad y servicios ecosistémicos.
- Programa manejo de instalaciones temporales.
- Programa de gestión social.
- Programa de salud ocupacional

Ver el anexo 8, INFORME AMBIENTAL

2.8 ACTIVIDADES DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA DE OBRA:

Respecto a las actividades de tipo SST desarrolladas en el periodo del presente informe, se llevaron a cabo las mostradas a continuación:

- Afiliación al sistema de seguridad social y parafiscales de los profesionales mínimos requeridos.
- INGRESO. - Inducción y notificación de riesgos.
- Implementación de protocolo de bioseguridad.
- Se realizo entrega y/o reposición de elementos de protección personal.
- Se realizaron capacitaciones y charlas al personal de obra
- Se realizaron inspecciones a las instalaciones de la obra y maquinaria
- Para este mes de contrato se cuenta con la seguridad social vigente.

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
		PÁGINA	14 de 16

Ver el **anexo 9, INFORME SST**

2.9.1 PRUEBAS Y ENSAYOS

Para evidenciar que se cumplen con las especificaciones técnicas que se exigen para asegurar la calidad y estabilidad de la obra, el contratista de realizó los siguientes ensayos:

- Ensayo de compresión zapata
- Ensayo de compresión Columna

Ver el **anexo 6, ENSAYOS DE LABORATORIO**

2.9.2 EQUIPO UTILIZADO POR EL CONTRATISTA

La relación de equipo utilizado en el desarrollo del presente contrato se puede evidenciar en la siguiente tabla:

EQUIPO	CANTIDAD	TIPO O CAPACIDAD
Volqueta	1	7 m³
Retro excavadora tipo pajarita	1	0.18 m³
Mezcladora de concreto	1	0.5 m³
Planta eléctrica	1	150W
Tronzadora	1	2300W 4200RPM

2.10. ACTIVIDADES PMT EJECUTADAS POR EL CONTRATISTA DE OBRA:

Respecto a las actividades del PLAN DE MANEJO DE TRANSITO PMT desarrolladas en el periodo del presente informe por el contratista INSULOG SAS, se llevaron a cabo las mostradas a continuación:

- Durante este periodo se utilizó la instalación de la señalización frentes de obra y sitios temporales adecuados para acopios de materiales. De igual manera, se realizó la instalación de cintas refractivas para la correcta delimitación.
- El campamento se ubicó dentro a un lado del conducto vial en donde no afecta la movilidad en un punto estratégico que garantice fácil acceso para los vehículos del contratista, evitando cualquier afectación significativa al flujo vehicular durante los desplazamientos de ingreso y salida
- Durante la fase de explanaciones se implementaron desvíos y señalización temporal, con el fin de redirigir el tránsito de manera segura y eficiente, sin afectar la seguridad del personal en obra

Ver el **anexo 10, PMT**

2.11. REUNIONES DEL CONTRATISTA DE OBRA

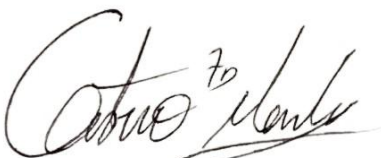
Durante el presente periodo se llevaron a cabo las siguientes reuniones:

FECHA	LUGAR	PARTICIPANTES	TEMA
26/01/2026	Virtual	Contratista de obra Interventoría	Revisión de diseños, apreciación sobre falta de longitud paso elevado para garantizar estabilidad.

República de Colombia  Gobernación de Santander		INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA		CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
				VERSIÓN	0
				FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
				PÁGINA	15 de 16
			Se programa realizar visita de campo y citar al consultor.		
29/01/2026	Obra	Contratista de obra Interventoría Supervisión consultor	Visita de campo, se evidencia efectivamente se requiere aumentar la longitud del paso elevado. El consultor afirma que las condiciones topográficas del terreno cambiaron por temas de erosión y por ende se requiere aumentar el diseño. Se solicita al contratista proponer los cambios en diseño a las condiciones que el encontró en obra para ser avalados por el consultor. la interventoría se entiende de las condiciones en campo pueden variar significativamente dado qué es una zona de alto riesgo y que es necesario ajustar el diseño para tener mayor tranquilidad en cuanto a la estabilidad de la obra y la necesidad del proyecto		
05/02/2026	VIRTUAL	Contratista de obra Interventoría Supervisión consultor	Entrega diseño ajustado, pasa de 35m a 39 de longitud.		
10-02-2026	Obra	Contratista de obra Interventoría Supervisión consultor	Aprobación de diseños por parte del consultor. Revisión de balance de cantidades no afectan financieramente el contrato.		
13-02-2026	Bucaramanga	Contratista de obra Interventoría Supervisión	Acta modificatoria cantidades N°1, no afectan el balance financiero del contrato.		
28-02-2026	Obra	Contratista de obra Interventoría	Revisión de cantidades para acta parcial 1		

3. RECOMENDACIONES

- A la fecha del presente informe, el contrato cuenta con un porcentaje de ejecución del 61.31% del valor total del contrato, lo cual, equivale a DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE: \$ 279.252.775,00).



GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S

República de Colombia  Gobernación de Santander	INFORME DEL CONTRATISTA DE OBRA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-76
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	16/10/2025
		PÁGINA	16 de 16

ANEXOS

- ANEXO 1 (AFILIACION DE TRABAJADORES)
- ANEXO 2 (PLANILLAS DE SEGURIDAD)
- ANEXO 3 (MEMORIAS DE CANTIDADES)
- ANEXO 4 (POLIZAS)
- ANEXO 5 (BITACORA DE OBRA)
- ANEXO 6 (ENSAYOS DE LABORATORIO)
- ANEXO 7 (REGISTRO FOTOGRAFICO)
- ANEXO 8 (INFORME AMBIENTAL)
- ANEXO 9 (INFORME SST)
- ANEXO 10 (INFORME PMT)

República de Colombia  Gobernación de Santander	AFILIACIONES	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 1

AFILIACIONES

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1197914	
RAZON SOCIAL	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 901589014	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
103651762	2025-10-2	CC 91133048
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
GOMEZ FERNANDEZ	BERNARDO DE JESUS	1971-1-6
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CR 12A 7A 35	LAGOS 1	Urbana
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
CIMITARRA - Santander	bernardogomez6@gmail.com	3183043
Celular	Sexo	
3183043295	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
AYUDANTE DE OBRA	\$1,423,500.00	COOSALUD E.S.S.
AFP	Centro de Trabajo	
Porvenir	Obras	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2025-10-2	JORNADA UNICA	

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250181216

FECHA 25/09/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901589014	NIT	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
91133048	CÉDULA DE CIUDADANÍA	GOMEZ		HERNANDEZ		BERNARDO		DE JESUS	
ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR:	DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO	
Heterosexual	HOMBRE	PAIS:	KR 12 7 A 35		CIMITARRA	CIMITARRA SANTANDER	-	CIMITARRA SANTANDER	6/01/1971

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
bernardogomez6@mail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
AUXILIAR DE CONSTRUCCION		1423500	3183043295		26/09/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA ACADÉMICA	UNIÓN LIBRE	CASA	ARRENDADA

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA
FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA	SUELDO BASICO	CELULAR
				CAJA?		

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico proteccion.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios. La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

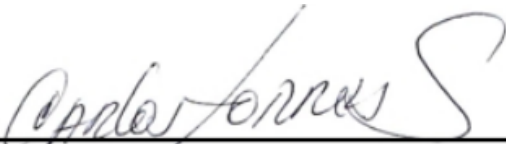
Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	91133048	BERNARDO DE JESUS	GOMEZ FERNANDEZ	1/12/2005 12:00:00 a. m.	SANTANDER	CIMITARRA	12 LOS LAGOS CARRERA 12A NO 7A 35		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901589014	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS	A		26/09/2025

La anterior certificación se expide y firma, a los 21 días del mes de Abril de 2026, a solicitud del interesado y es válida hasta los 21 días del mes de Mayo de 2026

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL



**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:

BERNARDO DE JESUS GOMEZ FERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.133.048**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1197914	
RAZON SOCIAL	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 901589014	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
103652021	2025-10-2	CC 1005363899
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
GOMEZ MAZO	JONATHAN ALEXANDER	2000-11-8
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CR 12A 7A 35	LAGOS 1	Urbana
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
CIMITARRA - Santander	jagm2808@gmail.com	3133595
Celular	Sexo	
3133595562	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
AYUDANTE DE OBRA	\$1,423,500.00	COOSALUD E.S.S.
AFP	Centro de Trabajo	
Proteccion	Obras	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2025-10-2	JORNADA UNICA	

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250181246

FECHA 25/09/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901589014	NIT	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
1005363899	CÉDULA DE CIUDADANÍA	GOMEZ		MAZO		JONATHAN		ALEXANDER	
ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR:	DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO	
Heterosexual	HOMBRE	PAIS:	KR 12A 7A 35		CIMITARRA	CIMITARRA SANTANDER	-	CIMITARRA SANTANDER	8/11/2000

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
jagm2808@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
AUXILIAR DE CONSTRUCCION		1423500	3133595562		26/09/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA ACADÉMICA	UNIÓN LIBRE	CASA	ARRENDADA

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA
FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA	SUELDO BASICO	CELULAR
				CAJA?		

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico proteccion.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios. La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ MAZO JONATHAN ALEXANDER** identificado(a) con **CC** número **1.005.363.899** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de marzo de 2021 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 26 de septiembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

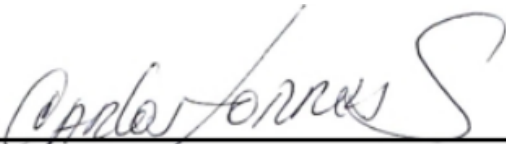
Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	Número de Ident.	Nombres	Apellidos	Fecha de Afiliación	Departamento	Ciudad	Dirección	Teléfono	Regimen	Estado
CC	1005363899	JONATHAN ALEXANDER	GOMEZ MAZO	29/11/2016 12:00:00 a. m.	SANTANDER	CIMITARRA	12 LOS LAGOS CARRERA 12A NO 7A 35		Contributivo	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	Razon Social	Estado	Rango Cotizante	Fecha Vinculacion
901589014	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS	A		26/09/2025

La anterior certificación se expide y firma, a los 21 días del mes de Abril de 2026, a solicitud del interesado y es válida hasta los 21 días del mes de Mayo de 2026

Cordialmente,


CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20250170621

FECHA 10/09/2025

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O
PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901589014	NIT	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
1005333884	CÉDULA DE CIUDADANÍA	PALOMINO		TAPIAS		MILTON		JOAN	
ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR:	DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO	
Heterosexual	HOMBRE	PAIS:	calle 197 # 15-425		VERSALLES	FLORIDABLANCA - SANTANDER	BUCARAMANGA - SANTANDER	7/02/2000	

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
mjoan_0207@hotmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
INGENIEROS CIVILES		1423500	3146045501		11/09/2025

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
POST-GRADO	SOLTERO	CASA	VIVE CON FAMILIARES

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA
FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA	SUELDO BASICO	CELULAR
				CAJA?		

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico proteccion.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios. La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1197914	
RAZON SOCIAL	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 901589014	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
103406672	2025-9-11	CC 1005333884
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
PALOMINO TAPIAS	MILTON JOAN	2000-2-7
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
CALLE 197 # 15-425	VERSALLES 1	Urbana
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
BUCARAMANGA - Santander	mjoan_0207@hotmail.com	3146045
Celular	Sexo	
3146045501	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
INGENIERO CIVIL	\$1,423,500.00	E.P.S. Famisanar Ltda.
AFP	Centro de Trabajo	
Colpensiones	Obras	
Tasa de riesgo	Clase de riesgo	Grado
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	Tipo jornada	
2025-9-11	JORNADA UNICA	

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)
---	---	---	---	--	---	------------------------------------

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

8. Apellidos y nombres PALOMINO Primer Apellido	TAPIAS Segundo Apellido	MILTON Primer Nombre	JOAN Segundo Nombre
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1005333884	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐
13. Nacionalidad COLOMBIANO/COL OMBIANA	14. Lugar de nacimiento País Colombia	Departamento SANTANDER	Municipio BUCARAMANG
15. Fecha de nacimiento D 07 D M 02 M A / 2000 A A			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia 6	17. Comunidad NINGUNO	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel 0 Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A		23. Administradora de Pensiones ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPEN		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.423.500	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia CALLE 197 15 425 VERSALLES 1		Teléfono fijo NT		3146045501	mjoan_0207@hotmail.com
SANTANDER Departamento	FLORIDABLANCA Municipio / Distrito	Localidad / Comuna		Cabeza 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	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
B1			F M T NB Otro Cual
B2			
B3			
B4			
B5			
40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
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 DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente SI NO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabeza 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	RED INTEGRADA SALUD COLOMBIA IPS S.A.S - REDINSALUD IPS CAÑAVERAL	7139
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 INGENIERIA SUMINISTROS Y	56. Tipo de documento de identificación NT	57. Número del documento de identificación 901589014	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación CL 143 26 02 TO D AP 501	31433499 teléfono	Correo electrónico	FLORIDABLANCA Municipio / Distrito
			SANTANDER Departamento

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	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 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		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			
65. EPS anterior NINGUNA	66. Fecha de novedad D D M M A A A A	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones				

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒ 69. 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		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad		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:	TOTAL ANEXOS
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 Código del departamento	

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

94. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario					
96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:					
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: INGENIERO CIVIL					

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.

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

- | | SI | NO |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | ☒ | ☐ |
| ¿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? | ☒ | ☐ |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | ☒ | ☐ |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | ☒ | ☐ |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | ☒ | ☐ |
| ¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? | ☒ | ☐ |

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: MILTON JOAN PALOMINO TAPIAS

Identificación: CC 1005333884

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

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

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

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

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

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

SI ☐ NO ☒

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: MILTON JOAN PALOMINO TAPIAS

Identificación: CC 1005333884

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

FIRMA A RUEGO

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

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

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

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

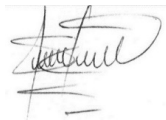
Huella

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MILTON JOAN PALOMINO TAPIAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1005333884**, se encuentra afiliado/a desde **30/06/2021** 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 10 de septiembre 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.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.101.379**

MARTINEZ CRUZ

APELLIDOS

DANIEL JACINTO

NOMBRES


FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-1990**

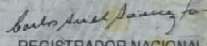
CAPITANEJO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 **A+** **M**

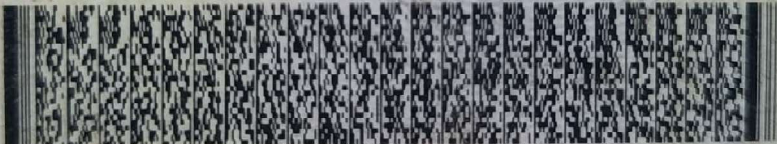
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-MAR-2010 CAPITANEJO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION 

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2703400-00271402-M-1098101379-20101216 0025256973A 1 26344433

Hoja de Vida



Datos Personales

NOMBRES	:DANIEL JACINTO
APELLIDOS	:MARTINEZ CRUZ
LUGAR DE NACIMIENTO	: CAPITANEJO SANTANDER.
FECHA DE NACIMIENTO	:08 DE MARZO DE 1990
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1.098.101.379
DIRECCIÓN	CALLE 12#9-69 BARRIO CENTRO
CELULAR	320 864 57 16
E-MAIL	danieljacintomartinezcruz@gmail.com
ESTADO CIVIL	: UNION LIBRE

Estudios Realizados

PRIMARIOS:

ESCUELA LAS JUNTAS
CAPITANRJO SANTANDER

SECUNDARIOS

COLEGIO INTEGRADO DIVINO NIÑO
DEL GRADO SEXTO HASTA NOVENO
CAPITASNEJO-SANTANDER

COLEGIO NACIONAL CUSTODIO GARCIA ROVIRA
DECIMO-ONCE
BACHILLER ACADEMICO
MALAGA SANTANDER

DANIEL JACINTO MARTINEL CRUZ

TELÉFONO

Referencias Personales

NOMBRE: : BHONNER ALEXANDER CHACÓN HERNÁNDEZ
PROFESIÓN O ACTIVIDAD : LICENCIADO EN BÁSICA PRIMARIA CON ÉNFASIS EN CIE
NCIAS NATURALES
TELÉFONO :3102011498
CIUDAD :BUCARAMANGA-SANTANDER

NOMBRE: : WILLIAM ANDRES GARNICA
PROFESIÓN O ACTIVIDAD :AUXILIAR DE ENFERMERIA
TELÉFONO :3168535871
CIUDAD :MALAGA SANTANDER

Referencias Familiares

NOMBRE : CARLOS CONCEPCIÓN FLOREZ PINTO
PROFESIÓN O ACTIVIDAD :INGENIERO TELECOMUNICACIONES 3154770
254
CIUDAD :BUCARAMANGA

NOMBRE : CAROLINA FLOREZ PINTO
PROFESIÓN O ACTIVIDAD :LICENCIADA EN PEDAGOGÍA INFANTIL
TELÉFONO :3152162773
CIUDAD :CERRITO SANTANDER

DANIEL JACINTO MARTINEZ CRUZ

Referencia Laboral

NOMBRE: : NESTOR JAVIER CRUZ
PROFESIÓN O ACTIVIDAD :GERENTE (DROGERIA TUDO MENOS)
TELÉFONO :312 435 67 89
CIUDAD :MALAGA SANTANDER



NOMBRE: : JORGE ANCEL SILVA
PROFESIÓN O ACTIVIDAD :GERENTE (DELIVERI EXPRES)
TELÉFONO :320 405 89 05
CIUDAD : MALAGA SANTANSER

DANIEL JACINTO MARTINEZ



de su certificado en la página



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:17:09 PM horas del 24/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1098101379**

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ CRUZ DANIEL JACINTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado #
75 – 25 barrio Modelia, Bogotá
D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



 IPS SALUD INTEGRAL DE GARCIA ROVIRA CONCEPTO APTITUD LABORAL GESTIONAR SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL IPS: 04402/07/03/2022 SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER	CÓDIGO: FR - 25
	VERSIÓN: 03
	Fecha: Enero de 2026

HISTORIA CLINICA LABORAL

Fecha y Ciudad de Realizacion del Examen				Tipo de Examen Medico Laboral				
24	02	2026	MALAGA	☒ Ingreso	☐ Periódico	☐ Alturas	☐ Egreso	☐ Otro
DD	MM	AAAA	Ciudad	Especifique:				

DATOS DE LA EMPRESA

Empresa: INSULOG S.A.S

Cargo a desempeñar: AYUDANTE DE OBRA

DATOS DE TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres y Apellidos: DANIEL JACINTO MARTINEZ CRUZ

CC: 1098101379 de CAPITANEJO Fecha de Nacimiento: 08 03 1990

Genero: Femenino ☐ Masculino ☒ DD MM AAAA

Edad: 35 Lugar de Nacimiento: CAPITANEJO Residencia: CAPITANEJO

Direccion de Residencia: VRD LAS JUNTAS Telefono: 3208645716

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☒ Separado ☐ Viudo ☐

Nivel Educativo: Primaria ☐ Secundaria ☒ Técnico/Tecnólogo ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐

Profesión u Ocupación: EDUCACION BASICA E.P.S: NUEVA EPS

A.R.L: NO REFIERE A.F.P: NO REFIERE

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo de Exposicion (meses)	Factores de Riesgo Ocupacional					
			Fisico	Quimico	Ergonomico	Psicosocial	Seguridad	Biologico
AGRICULTURA	CONTRATISTA	12	X		X	X	X	

Accidentes de Trabajo: Si ☐ No ☒

Fecha de Ocurrencia	Nombre de la Empresa	Especifique el Tipo de Lesion y Parte Afectada	Secuela	Dias de Incapacidad
MM AAAA				

Enfermedad Laboral: Si ☐ No ☒

Fecha de Calificacion	Diagnosticos	ARL
MM AAAA		

Uso de elementos de Proteccion Personal:

Casco ☒ Gafas ☒ Tapabocas ☒ Protectores Auditivos ☒ Overol ☒ Guantes ☒ Botas ☒

ANTECEDENTES FAMILIARES (Marque con una x en caso afirmativo)

Diagnosticos	Si	No	Parentesco	Diagnosticos	Si	No	Parentesco
Hipertension		X		Artritis		X	
Diabetes		X		TBC		X	
Coronariopatias		X		Cancer		X	
ACV		X		Enf. Psiquiatrica		X	
Asma		X		Otro		X	

ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

Patologicos:	NO REFIERE		
Quirugicos:	NO REFIERE		
Traumaticos:	NO REFIERE		
Alergias:	NO REFIERE		
Farmacologicos:	NO REFIERE		
Inmunizaciones:	VACUNAS COMPLETAS PARA LA EDAD	Hemoclasificación	A POSITIVO
GinecoObstetrico	Menarquia: _____	Ciclos: Normal ☐ Anormal ☐	Fecha de Ultima Mestruación: _____
	Planifica: _____	G _____ P _____ C _____ A _____ E _____ V _____	Examen Seno: _____

REVISION POR SISTEMAS (En caso afirmativo, describa)

Neurologico:	NO ALTERACIONES EN LA MARCHA, NO TRASTORNOS SENSORIALES
ORL:	NO DOLOR FARINGEO, NO DOLOR OTICO, NO TOS, NO CONGESTION
Ocular:	NO TRASTORNOS VISUALES
Digestivo:	NO CAMBIOS EN HABITO INTESTINAL, NO DISTENSION ABDOMINAL
Dermatologico:	NO LESIONES, NO ALTERACIONES EN COLOR
Respiratorio	NO TOS, NO DISNEA, NO MOVILIZACION DE SECRECIONES
Cardiovascular:	NO DOLOR PRECORDIAL, NO PALPITACIONES
Genitourinario:	NO DOLOR LUMBAR, NO ALTERACIONES EN LA MICCION
Osteomuscular:	NO DOLOR, NO ALTERACIONES ARTICULARES, NO ALTERACIONES MUSCULARES

HABITOS

Alcohol Si ☐ No ☒ Frecuencia _____ Fuma Si ☐ No ☒ Exfumador ☐ Cuantos al dia _____
Deportes: FUTBOL Frecuencia 2 Dias a la semana

EXAMEN FISICO

Aspecto General: Bueno ☒ Regular ☐ Malo ☐ Dominacia: Derecho ☒ Zurdo ☐ Ambidiestro ☐
Signos Vitales: T.A. 110/70 F.C. 74 F.R. 18 Peso 74 Talla 1,75 I.M.C. 24%

Organo/Sistema	N	AN	Hallazgos	Organo/Sistema	N	AN	Hallazgos
Ojos	X		NORMOCONFIGURADO	Abdomen	X		SIN SIGNOS IRRITACIÓN PERITONEAL
Oidos	X		MEMBRANA TIMPANICA NORMAL	Genitales	X		NO DISURIA NO HERNIAS
Nariz	X		TABIQUE CENTRAL Y PERMEABLE	Miembro Superior	X		TINEL- /PHALEN- /TONO MUSCULAR 5/5
Boca	X		NO EDEMA NO ERITEMA	Miembro Inferior	X		LASSEQUE- /TONO MUSCULAR 5/5
Cuello	X		NO MASAS NO DOLOR	Columna	X		NO DEFORMIDAD NO DOLOR
Torax	X		RUIDOS CARDIACOS NORMALES	Piel	X		MUCOSAS HUMEDAS COLOR NORMAL
Neurologico	X		NO SIGNOS MENINGEOS	Mental	X		ORIENTADO EN 3 ESFERAS

Ampliacion de hallazgos: _____

PARACLINICOS SOLICITADOS

Examen	N	AN	Resultado	Examen	N	AN	Resultado
Glicemia				Optometria/Visiometria	X		
Perfil Lipidico				Audiometria	X		
Cuadro Hematico				Espirometria			
Serologia				Electrocardiograma			
Koh Uñas/Frotis Faringeo				Test Mental y Social			
Uroálisis/Coprologico				Prueba Psicosenométrica			
Otros				Otros			

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

1. PERSONA EN BUEN ESTADO DE SALUD

CONCEPTO

☒ Satisfactorio ☐ No Satisfactorio
☐ Satisfactorio con alteraciones que no interfieren en la labor ☐ Satisfactorio con restricciones

Restricciones: _____

Recomendaciones: _____

Certifico que no he omitido informacion sobre mi estado de salud por lo tanto puede ser verificado y confirmado.


Dra. Aleidy Martínez Lara
Especialista U.M.B.
Salud Ocupacional
L.C. 06258 / 24
R.M. 02648 / 07

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA

FIRMA DEL TRABAJADOR

SOPORTE DE NOVEDADES

CONTRATO:	1197914	
RAZON SOCIAL	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 901589014	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
105702126	2026-2-25	CC 1098101379
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
MARTINEZ CRUZ	DANIEL JACINTO	1990-3-8
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
VRD LAS JUNTAS		Rural
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
CAPITANEJO - Santander	danieljac10@gmail.com	3208645
Celular	Sexo	
3208645716	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
AYUDANTE DE OBRA	\$2,000,000.00	Nueva EPS
AFP	Centro de Trabajo	
Porvenir	Obras	
Clase de riesgo	Tasa de riesgo	Grado
5	6.96	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad		Tipo jornada
2026-2-25		JORNADA UNICA

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20260062491

FECHA 24/02/2026

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901589014	NIT	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
1098101379	CÉDULA DE CIUDADANÍA	MARTINEZ		CRUZ		DANIEL		JACINTO	
ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR:	DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO	
Heterosexual	HOMBRE	PAIS:	VRD LAS JUNTAS		CAPITANEJO	CAPITANEJO SANTANDER	-	CAPITANEJO SANTANDER	8/03/1990

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
danieljac10@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
AUXILIAR DE CONSTRUCCION		2000000	3208645716		25/02/2026

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
SECUNDARIA ACADÉMICA	CASADO	CASA	PROPIA

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA
FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA	SUELDO BASICO	CELULAR
				CAJA?		

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico proteccion.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios. La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

30103776

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva

eps

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 214538

FECHA DE RADICACIÓN

02032026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE

A. AFILIACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. Individual:

a) Cotizante o cabeza de familia

b) 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

N0331

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

MARTINEZ

SEGUNDO APELLIDO

CRUZ

PRIMER NOMBRE

DANIEL

SEGUNDO NOMBRE

JACINTO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.N.

M.S.

R.C.

T.I.

C.C.

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1098101379

11. SEXO BIOLÓGICO

F

M

12. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

X

T

NB

Otro

13. NACIONALIDAD

COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO

COLOMBIAS

SANTANDER

DEPARTAMENTO

CAPITANEJO

MUNICIPIO

15. FECHA NACIMIENTO

08

03

S

1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA

6

17. COMUNIDAD INDÍGENA

18. DISCAPACIDAD

SI

NO

X

CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?

SI

NO

X

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN

NIVEL

GRUPO

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL

22. ARL

COLMENA

23. AFP

PORVENIR

24. IBC

\$1,750,905.00

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

\$0.00

26. RESIDENCIA

DIRECCIÓN

VDA LAS JUNTAS FCA CAPITANEJO

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR

3208645716

CORREO ELECTRÓNICO

danieljac10@gmail.com

DEPARTAMENTO

SANTANDER

MUNICIPIO/DISTRITO

CAPITANEJO

LOCALIDAD/COMUNA

ZONA

CABECERA MUNICIPAL

CENTRO POBLADO

RURAL DISPERSO

X

RESTO RURAL

IPS

3864

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

T.I.

C.C.

C.E.

S.C.

C.D.

P.T.

29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

30. SEXO BIOLÓGICO

F

M

31. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

32. NACIONALIDAD

33. LUGAR DE NACIMIENTO

PAÍS

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

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

35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

37. NÚMERO DE IDENTIDAD

38. NACIONALIDAD

39. SEXO

40. SEXO IDENTIFICACIÓN

41. LUGAR DE NACIMIENTO

42. FECHA DE NACIMIENTO

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

51. Datos de residencia

52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL

53. IPS

54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)

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

55. Nombre o razón social

INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS

56. Tipo documento de identificación

S.C.

P.A.

C.D.

P.T.

57. Número del documento de identificación

901589014

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

59. Ubicación

CL 143 26 02 TO D AP 501

TELÉFONO FIJO O CELULAR

insulogsas@gmail.com

CORREO ELECTRÓNICO

SANTANDER

DEPARTAMENTO

FLORIDABLANCA

MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS

5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS

6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO

7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR

10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO

11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. COLECTIVAS

12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

14. MOVILIDAD

15. TRASLADO

16. REPORTE DE FALLECIMIENTO

17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE

18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO

19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO

20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

62. SEXO BIOLÓGICO

F

M

63. SEXO IDENTIFICACIÓN

F

M

T

NB

Otro

64. FECHA NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

65. EPS ANTERIOR

66. FECHA DE NOVEDAD

25

02

S

2026

67. MOTIVO DE TRASLADO

Código

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad

72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

76. a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos.

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

IX. FIRMAS

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

81. El empleador, aportante, beneficiario responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

CN

MS

RC

TI

CC

CE

SC

PA

CD

AS

PT

Cantidad:

Total

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL

Código del Municipio

Código del departamento

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

95. FIRMA DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN

DÍA

MES

AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN

DÍA

MES

AÑO

OBSERVACIONES:

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO



gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

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

Yo, **DANIEL JACINTO MARTINEZ CRUZ** identificado (a) con

R.C.

T.I.

C.C.

C.E.

C.C.

S.C.

C.D.

P.E.

P.T.

número **1098101379** de **CAPITANEJO**, 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?

Sí ☐ 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?

Sí ☐ No ☐

3

¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?

Sí ☐ No ☐

4

¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?

Sí ☐ No ☐

5

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?

Sí ☐ No ☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. **3208645716**

y/o correo electrónico: **danieljac10@gmail.com**

Sí ☐ No ☐

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

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

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente:

Firma: _____

Tipo ID: **CC** No. ID: **1098101379**

Fecha de Solicitud: **02/03/2026**

Dirección: **VDA LAS JUNTAS FCA CAPITANEJO**

Tel: **3208645716** Municipio: **CAPITANEJO**

Departamento: **SANTANDER**

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.

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.

- 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 revocatoria 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 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

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 1581 de 2012 “Hábeas Data”; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión 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.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA		ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES		INGRESO BASE DE COTIZACIÓN		POSEE VIVIENDA PROPIA		SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO		SÍ					
		COLMENA		PORVENIR		1750905				NO				NO					
Nivel de Escolaridad	Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	☐	Doctorado	☐	Posición Ocupacional		Patrón/Empleador		☐	Contratista	☐	Trabaja por su Cuenta	☐
	Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	☐	Especialización	☐	Último Grado	☐	Inicio Contrato				Fin Contrato				
	Básico Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	☐	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado										
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.																			
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero				Tipo de Identificación		NIT P.A.	C.C. T.I.	C.E. C.D.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte				DV				

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

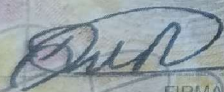
Nombre del ASESOR o PROMOTOR		CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR		Nombre de OFICINA			
Zulma Rueda Castro		N0331				CIUDAD Y FECHA	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.101.379**

MARTINEZ CRUZ
APELLIDOS

DANIEL JACINTO
NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-1990**

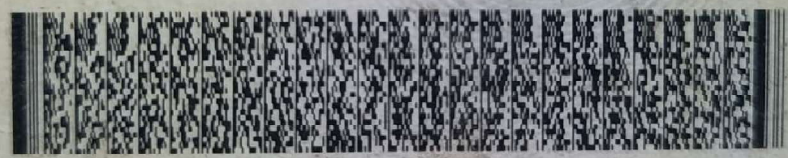
CAPITANEJO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-MAR-2010 CAPITANEJO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2703400-00271402-M-1098101379-20101216 0025256973A 1 26344433

**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:

DANIEL JACINTO MARTINEZ CRUZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.101.379**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Febrero 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.101.360**

VEGA JAIMES

APELLIDOS
EDWIN ESTIL

NOMBRES

Edwin Estil Vega
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-ENE-1992**

CAPITANEJO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

02-FEB-2010 CAPITANEJO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

INDICE DERECHO REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2703400-00233262-M-1098101360-20100412 0021965268A 2 26344395



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:55:59 AM horas del 21/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1098101360**

Apellidos y Nombres: **VEGA JAIMES EDWIN ESTIL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



 IPS SALUD INTEGRAL DE GARCIA ROVIRA CONCEPTO APTITUD LABORAL GESTIONAR SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL IPS: 04402/07/03/2022 SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER	CÓDIGO: FR - 25	
	VERSIÓN: 03	
	Fecha: Enero de 2026	

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA	20/02/2026	CIUDAD	MALAGA
-------	------------	--------	--------

TIPO DE EVALUACION MEDICA LABORAL

INGRESO	☒	PERIODICA	☐	POST INCAPACIDAD	☐	EGRESO	☐	ALTURAS	☐
---------	-------------------------------------	-----------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------	--------------------------	---------	--------------------------

DATOS DE IDENTIFICACION

EMPRESA	INSULOG S.A.S	CARGO	AYUDANTE		
NOMBRES Y APELLIDOS	EDWIN ESTIL VEGA JAIMES	CC	1.098.101.360	EDAD	34

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación Médica Laboral	☒	Glicemia	☐	Koh Uñas/Frotis Faríngeo	☐
Evaluación Optometría	☐	Perfil Lipídico	☐	Coprológico/Uroanálisis	☐
Evaluación Visiometría	☒	Cuadro Hemático	☐	Evaluación Médica Cardiovascular	☐
Evaluación Audiometría	☒	Serología	☐	Evaluación Médica Dermatológica	☐
Test Mental y Social	☐	Espirometría	☐		☐
Prueba Psicosenométrica	☐	Electrocardiograma	☐		☐

CONCEPTO DE APTITUD

SATISFACTORIO PARA INGRESO LABORAL	☒	SATISFACTORIO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	☒
SATISFACTORIO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	SATISFACTORIO EVALUACION PERIODICA LABORAL	☐
SATISFACTORIO PARA ESPACIO CONFINADO	☐	NO SATISFACTORIO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐
SATISFACTORIO MANIPULACION ALIMENTOS	☐	NO SATISFACTORIO MANIPULACION ALIMENTOS	☐
SATISFACTORIO POST INCAPACIDAD MEDICA	☐	SATISFACTORIO EVALUACION EGRESO LABORAL	☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR: SISTEMA OSEO, MUSCULAR Y ARTICULAR NORMAL. MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES CON ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADO. REFLEJOS, FUERZA MUSCULAR, TONO SIN ALTERACIONES. COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS SIN HALLAZGOS.

VALORACIONES Y RECOMENDACIONES

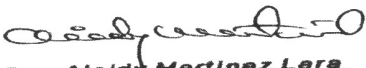
MEDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
Continuar Manejo EPS	Autocuidado Enfermedades Transmisibles	☒ Normas Básicas de Buena Higiene
Seguimiento por ARL	Uso de EPP Propios del Oficio ó Actividad	☒ Reducción de Peso Corporal
REMISIONES A LA EPS	Prevención Riesgos Propios del Oficio	☒ Dieta Hipocalórica / Hipoglucémica
Otras Especialidades	Ingreso a SVE Osteomuscular	☒ Realizar Actividad Física
Medicina General	Ingreso a SVE Cardiovascular	Manejo de Dislipidemias
Fonoaudiología	Ingreso a SVE Auditivo	Capacitación Riesgo Cardiovascular
Nutrición	☒ Ingreso a SVE Visual	Capacitación Higiene Postural
Optometría	☒ Adaptar Lentes para Lectura	Reducción Consumo de Licor
Oftalmología	Utilizar Lentes Formulados	☒ Reducción Consumo de Cigarrillo

OTRAS RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

--

Certifico que no he omitido informacion sobre mi estado de salud por lo tanto puede ser verificado y confirmado; autorizo a la IPS Salud Integral de García Rovira, para que suministre la informacion aqui consignada a la empresa contratante para el buen cumplimiento de sistema de gestion en seguridad y salud en el trabajo.

IPS SALUD INTEGRAL DE GARCIA ROVIRA. NIT. 900316633-4. CARRERA 9 N. 10-67. CELULAR. 3138879263


Dra. Aleida Martínez Lara
 Especialista U.M.B.
 Salud Ocupacional
 L.C. 06258 / 24
 R.M. 02648 / 97

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA


FIRMA DEL TRABAJADOR

SOPORTE DE NOVEDADES

CONTRATO:	1197914	
RAZON SOCIAL	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 901589014	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
105484160	2026-2-23	CC 1098101360
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
VEGA JAIMES	EDWIN ESTIL	1992-1-16
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
FINCA LA VEGA	VEREDA CASA BLANCA	Rural
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
CAPITANEJO - Santander	edwinestilve10@gmail.com	3235725
Celular	Sexo	
3235725890	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
AYUDANTE DE OBRA	\$2,000,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	Centro de Trabajo	
Porvenir	Obras	
Clase de riesgo	Tasa de riesgo	Grado
5	6.96	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad		Tipo jornada
2026-2-23		JORNADA UNICA

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20260057910

FECHA 21/02/2026

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR

Cód GM-SUB-F005 Versión 12

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL
901589014	NIT	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS

II. DATOS DEL TRABAJADOR

NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
1098101360	CÉDULA DE CIUDADANÍA	VEGA		JAIMES		EDWIN		ESTIL	
ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR:	DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA	FECHA NACIMIENTO	
Heterosexual	HOMBRE	PAIS:	vereda casa blanca		CAPITANEJO	CAPITANEJO SANTANDER	-	CAPITANEJO SANTANDER	16/01/1992

CORREO ELECTRONICO PERSONAL	CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	TELEFONO RESIDENCIA
edwinestilve10@gmail.com		

FACTOR DE VULNERABILIDAD	PERTENENCIA ÉTNICA
NO APLICA	NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

CARGO-OCUPACION	PROFESION U OFICIO	SUELDO BASICO	CELULAR 1	CELULAR 2	FECHA INGRESO EMPRESA
AUXILIAR DE CONSTRUCCION		2000000	3235725890		23/02/2026

NIVEL ESTUDIO	ESTADO CIVIL	TIPO VIVIENDA	TENENCIA VIVIENDA
PRIMARIA	UNIÓN LIBRE	CASA	OTROS

III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION	EN CONDICION DE DISCAPACIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	MUNICIPIO RESIDENCIA
FECHA NACIMIENTO	SEXO	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT	RECIBE CUOTA MONETARIA	SUELDO BASICO	CELULAR
				CAJA?		

IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)

No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad

Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico proteccion.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso.

Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Firma del Trabajador – C.C. No

Firma y Sello de la Empresa

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios. La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

(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 - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ A. Individual: - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐				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)				
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)												
8. Apellidos y nombres Primer Apellido: VEGA Segundo Apellido: JAIMES Primer Nombre: EDWIN Segundo Nombre: ESTIL												
9. Tipo de documento de identidad CC		10. Número del documento de identidad 1098101360		11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐		13. Nacionalidad COLOMBIANO				
14. Lugar de nacimiento COLOMBIA		País COLOMBIA		Departamento SANTANDER		Municipio CAPITANEJO		15. Fecha de nacimiento 1 6 0 1 1 9 9 2				
III. DATOS COMPLEMENTARIOS												
Datos Personales												
16. Etnia 0 6		17. Comunidad		18. Discapacidad Si ☐ No ☒		19. Tiene encuesta SISBÉN Si ☐ No ☒		20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo		21. Grupo de población especial		
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL COLMENA				23. Administradora de Pensiones PORVENIR		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1750905		25. Tarifa Contribución Solidaria				
26. Residencia Dirección Finca la vega, vereda casa blanca capitanejo										Teléfono Fijo		
Teléfono Celular 3235725890				Correo Electrónico EDWINESTILVEGA@GMAIL.COM								
Departamento SANTANDER				Municipio / Distrito CAPITANEJO		Localidad / Comuna VEREDA		Zona Cabecera Municipal ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☒ Resto Rural ☐				
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR												
Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante												
27. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:												
28. Tipo de documento de identidad		29. Número 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 D D M M A A A A				
A. AFILIACIÓN												
Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales												
35. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:												
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		40. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐		41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio		
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		
B1											Si ☐ No ☐	
B2											Si ☐ No ☐	
B3											Si ☐ No ☐	
B4											Si ☐ No ☐	
B5											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 (a registrar por la EPS)		
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												
Dirección				Localidad/Comuna				Correo Electrónico				
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												



200871050

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 INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS	56. Tipo documento de Identificación NIT	57. Número del documento de Identificación 901589014	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) DEPENDIENTE
59. Ubicación Dirección CL 143 26 02 A D AP 501			Teléfono fijo o Celular 3027450184
Correo Electrónico insulogsas@gmail.com	Departamento SANTANDER	Municipio / Distrito FLORIDABLANCA	

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		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		62. Sexo biológico Femenino Masculino		63. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál	
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad 2 3 0 1 2 2 0 2 6		67. Motivo de traslado Código		64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
						68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☒ 72. Declaración de no 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 Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Tipo de documento de identidad No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional <i>Edwin Vega</i>	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio <i>Chuncho</i>
---	---

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 de 2016.
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido							
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		95. Firma del funcionario		96. fecha de radicación	
						D D M M A A A A	
						D D M M A A A A	

OBSERVACIONES:

24-02-2026

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial 900986188 Seguros y vida ltda	Sello de Radicación E.P.S. Sanitas RECIBIDO PARA SU ESTUDIO NIT 900986188-1 SEGUROS Y VIDA LTDA	Sticker procesamiento
---	---	-----------------------

**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:

EDWIN ESTIL VEGA JAIMES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.101.360**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Febrero 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.101.222**

SUAREZ BONILLA

APELLIDOS

LUIS HERNANDO

NOMBRES

Luis Hernando Suarez Bonilla

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-MAY-1991**
CAPITANEJO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

A+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

03-JUN-2009 CAPITANEJO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Abel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



P-2703400-00177751-M-1098101222-20090914

0016031211A 1

25243744

Fecha: 24 / 02 / 26 Empleo o cargo al que aspira: Obrero

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.

Apellido(s) del aspirante Suarez Bonilla		Nombre(s) del aspirante Luis Hernando	
Fecha de nacimiento 27 / 05 / 91	Lugar de nacimiento Capitanego - Santander		
Dirección domicilio / Barrio Vereda Montecillo		Ciudad Capitanego	
Teléfono 311 465 1882	Nº. Celular 311 465 1882		
Correo electrónico lucholuch0454@gmail.com		Nacionalidad Colombia	
Profesión, ocupación u oficio Agricultor		(*) Estado civil Casado	Años de experiencia laboral

FOTOGRAFÍA
RECIENTE
Tamaño 3 x 4 cm

DOCUMENTACIÓN

(**) Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: ☒ No. 1098101222	(**) Libreta militar No.	Primera clase: ☐
Extranjería: ☐ Expedida en:	Distrito No.	Segunda clase: ☐
Tarjeta profesional No.	¿Tiene vehículo? Sí ☐ No ☐	Licencia de conducción No. Categoría

II. PERFIL LABORAL

Mencione brevemente estudios, experiencia y habilidades que lo caractericen en su vida laboral

Bachiller con experiencia en labores agrícolas, persona responsable, trabajadora, comprometida y responsable con capacidad para el trabajo físico.

III. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Sí ☐ No ☒	¿En qué empresa?	Empleado ☐ Independiente ☐	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Sí ☐ No ☒	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Sí ☐ No ☒	Fecha D M A	¿Conoce a alguien de esta empresa? Sí ☐ No ☒
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Sí ☐ No ☒	Nombre Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio ☐ Amigo ☒ Redes Sociales ☐	Nombre Dependencia
¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Sí ☐ No ☒	Vive en casa: ¿Familiar? ☐ ¿Propia? ☒ ¿Alquilada? ☐	Nombre del arrendador	Teléfono
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Sí ☐ No ☒	Describalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? \$	¿Cuánto es su aspiración salarial? \$
¿Por qué conceptos?	¿Cuál es su principal afición?	¿Practica algún deporte? Sí ☒ No ☐	¿Cuál(es)? Fútbol
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades académicas, deportivas, culturales, sociales, entre otros? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál(es)?			

20306013

7 702124 007813 >

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o) Nora Carolina Sepulveda		Profesión, ocupación u oficio Ama de casa.		Empresa donde trabaja	
Cargo actual		Dirección Vereda Montcallo	Teléfono 313 383 6505	Ciudad Capitanego	
No. de personas que dependen económicamente de usted 4		Parentesco Hijos y esposa		Edades 3, 7, 9, 26	
Nombre(s) padre(s) Graciela Bonilla		Profesión, ocupación u oficio Ama de casa		Teléfono(s) 311 465 1882	
Nombre(s) hermano(s) Fredy Bonilla. Carlos Bonilla.		Profesión, ocupación u oficio Agricultor Empleado.		Teléfono(s) 311 465 1882 311 465 1882	

V. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CIUDAD
Primaria			Bachiller	colegio integrado Divino Niño	Capitanego
Bachillerato Académico ☒ Técnico ☐ Comercial ☐ Otro ☐					
Educación Superior Técnico ☐ Tecnológico ☐ Profesional ☐					
Posgrados					
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
Otros: cursos, diplomados, seminarios.	Intensidad horaria	Nombre del programa		Institución	
¿Cursa estudios actualmente? Sí ☐ No ☒		¿Qué tipo de estudios?		Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa
Nombre de la institución			Horario Diurno ☐ Nocturno ☐	Fin de semana ☐ A distancia ☐	
OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio R-Regular (50 a 60%) B-Bueno (61 a 80%) MB-Muy Bueno (81 a 100%)					
Sistemas Sí ☐ No ☐	1.	R B MB	3.	R B MB	
¿Qué programas maneja?	2.	R B MB	4.	R B MB	
Idiomas Sí ☐ No ☐	Escucha		Lectura		Escritura
¿Qué idioma(s) conoce?	1.	R B MB	R B MB	R B MB	Habla
	2.	R B MB	R B MB	R B MB	R B MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

VI. EXPERIENCIA LABORAL

FAVOR RELACIONAR LOS ÚLTIMOS TRES EMPLEOS QUE USTED HA DESEMPEÑADO, COMENZANDO POR EL ÚLTIMO O ACTUAL. SI NECESITA DAR MÁS DETALLES UTILICE LA ÚLTIMA PÁGINA DE NOTAS ADICIONALES. ESTOS DATOS SERÁN VERIFICADOS Y SU MANEJO SERÁ CONFIDENCIAL.

Nombre de la última o actual empresa		Actividad Económica		Dirección		Teléfono(s)	
Cargo(s) desempeñado(s) por usted		Área del cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Sueldo Inicial	Sueldo Final	
			D M A	D M A	\$	\$	
Funciones realizadas							
Nombre de su jefe inmediato				Cargo			
Logros obtenidos							
Tipo de contrato: Indefinido ☐ ¿Cuánto tiempo? Contrato directo con la empresa ☐ Otro ☐ ¿Cuál? Fijo ☐ Contrato por medio de agencia ☐							
Horario de trabajo: Tiempo completo ☐ 1/2 Tiempo ☐ Por horas ☐		Jornada: Diurna ☐ Nocturna ☐ Otra jornada ☐					
Motivo del retiro							

formasminerva.com



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:38:24 AM horas del 24/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1098101222**

Apellidos y Nombres: **SUAREZ BONILLA LUIS HERNANDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado #
75 – 25 barrio Modelia, Bogotá
D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO





IPS SALUD INTEGRAL DE GARCIA ROVIRA
CONCEPTO APTITUD LABORAL
GESTIONAR SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL IPS: 04402/07/03/2022
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

CÓDIGO: FR - 25

VERSIÓN: 03

Fecha: Enero de 2026

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA 23/02/2026 CIUDAD MALAGA

TIPO DE EVALUACION MEDICA LABORAL

INGRESO ☒ PERIODICA ☐ POST INCAPACIDAD ☐ EGRESO ☐ ALTURAS ☐

DATOS DE IDENTIFICACION

EMPRESA INSULOG S.A.S CARGO AYUDANTE DE OBRA
NOMBRES Y APELLIDOS LUIS HERNANDO SUAREZ BONILLA CC 1.098.101.222 EDAD 34

EXAMENES PRACTICADOS

Evaluación Médica Laboral	☒	Glicemia	☐	Koh Uñas/Frotis Faringeo	☐
Evaluación Optometría	☐	Perfil Lipídico	☐	Coprológico/Uroanálisis	☐
Evaluación Visiometría	☒	Cuadro Hemático	☐	Evaluación Médica Cardiovascular	☐
Evaluación Audiometría	☒	Serología	☐	Evaluación Médica Dermatológica	☐
Test Mental y Social	☐	Espirometría	☐		☐
Prueba Psicosensométrica	☐	Electrocardiograma	☐		☐

CONCEPTO DE APTITUD

SATISFACTORIO PARA INGRESO LABORAL	☒	SATISFACTORIO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	☒
SATISFACTORIO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	SATISFACTORIO EVALUACION PERIODICA LABORAL	☐
SATISFACTORIO PARA ESPACIO CONFINADO	☐	NO SATISFACTORIO PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐
SATISFACTORIO MANIPULACION ALIMENTOS	☐	NO SATISFACTORIO MANIPULACION ALIMENTOS	☐
SATISFACTORIO POST INCAPACIDAD MEDICA	☐	SATISFACTORIO EVALUACION EGRESO LABORAL	☐

CONCEPTO OSTEOMUSCULAR: SISTEMA OSEO, MUSCULAR Y ARTICULAR NORMAL. MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES CON ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADO. REFLEJOS, FUERZA MUSCULAR, TONO SIN ALTERACIONES. COLUMNA VERTEBRAL Y PELVIS SIN HALLAZGOS.

VALORACIONES Y RECOMENDACIONES

MEDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
Continuar Manejo EPS	Autocuidado Enfermedades Transmisibles	Normas Básicas de Buena Higiene
Seguimiento por ARL	Uso de EPP Propios del Oficio ó Actividad	Reducción de Peso Corporal
REMISIONES A LA EPS	Prevención Riesgos Propios del Oficio	Dieta Hipocalórica / Hipoglucémica
Otras Especialidades	Ingreso a SVE Osteomuscular	Realizar Actividad Física
Medicina General	Ingreso a SVE Cardiovascular	Manejo de Dislipidemias
Fonoaudiología	Ingreso a SVE Auditivo	Capacitación Riesgo Cardiovascular
Nutrición	Ingreso a SVE Visual	Capacitación Higiene Postural
Optometría	Adaptar Lentes para Lectura	Reducción Consumo de Licor
Oftalmología	Utilizar Lentes Formulados	Reducción Consumo de Cigarrillo

OTRAS RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES:

Certifico que no he omitido información sobre mi estado de salud por lo tanto puede ser verificado y confirmado; autorizo a la IPS Salud Integral de García Rovira, para que suministre la información aquí consignada a la empresa contratante para el buen cumplimiento de sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.

IPS SALUD INTEGRAL DE GARCIA ROVIRA. NIT. 900316633-4. CARRERA 9 N. 10-67. CELULAR. 3138879263

Dra. Aledy Martínez Lara
Especialista U.M.B.
Salud Ocupacional
L.C. 06258 / 24
R.M. 02648 / 07

FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA

Luis Hernando Suarez Bonilla
FIRMA DEL TRABAJADOR

SOPORTE DE NOVEDADES

CONTRATO:	1197914	
RAZON SOCIAL	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S	
IDENTIFICACION:	NI 901589014	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	Inicio de vigencia	Identificación
105495510	2026-2-24	CC 1098101222
Apellidos	Nombres	Fecha de nacimiento
SUAREZ BONILLA	LUIS HERNANDO	1991-5-27
Dirección residencia	Localidad/Comuna	Zona
VEREDA		Rural
Ciudad/Departamento	Correo electrónico	Teléfono
CAPITANEJO - Santander	luishernandos10@gmail.com	3114656
Celular	Sexo	
3114651882	Masculino	
Cargo	Salario	EPS
AYUDANTE DE OBRA	\$2,000,000.00	E.P.S. Sanitas S.A.
AFP	Centro de Trabajo	
Porvenir	Obras	
Clase de riesgo	Tasa de riesgo	Grado
5	6.96	80
Tipo afiliado cotizante	Subtipo afiliado cotizante	Tipo de modalidad
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad		Tipo jornada
2026-2-24		JORNADA UNICA

Afiliación y Novedades de Trabajador y Grupo Familiar

RADICADO CE-20260061335

FECHA 23/02/2026

AFILIACIÓN DE TRABAJADORES Y/O
PERSONAS A CARGO

Número personas a cargo 0

I. DATOS DEL EMPLEADOR											Cód GM-SUB-F005 Versión 12			
NUMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	NOMBRE O RAZON SOCIAL												
901589014	NIT	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS												
II. DATOS DEL TRABAJADOR														
NÚMERO IDENTIFICACION	TIPO IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE						
1098101222	CÉDULA DE CIUDADANÍA	SUAREZ		BONILLA		LUIS		HERNANDO						
ORIENTACION SEXUAL	SEXO	RESIDE EN EL EXTERIOR:	DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO	MUNICIPIO RESIDENCIA	MUNICIPIO DONDE LABORA		FECHA NACIMIENTO					
Heterosexual	HOMBRE	PAIS:	VEREDA		CAPITANEJO	CAPITANEJO SANTANDER	ABEJORRAL ANTIOQUIA		27/05/1991					
CORREO ELECTRONICO PERSONAL					CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO				TELEFONO RESIDENCIA					
luishernandos10@gmail.com														
FACTOR DE VULNERABILIDAD					PERTENENCIA ÉTNICA									
NO APLICA					NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES									
CARGO-OCUPACION		PROFESION U OFICIO		SUELDO BASICO		CELULAR 1		CELULAR 2		FECHA INGRESO EMPRESA				
AUXILIAR DE CONSTRUCCION				2000000		3114651882				24/02/2026				
NIVEL ESTUDIO		ESTADO CIVIL		TIPO VIVIENDA		TENENCIA VIVIENDA								
PRIMARIA		SOLTERO		CASA		PROPIA								
III. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE														
TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION		EN CONDICION DE DISCAPACIDAD		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		MUNICIPIO RESIDENCIA		
FECHA NACIMIENTO		SEXO		EMPRESA DONDE TRABAJA		NIT		RECIBE CUOTA MONETARIA		SUELDO BASICO		CELULAR		
								CAJA?						
IV. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Padres, Hijos, Hermanos, Hijastros)														
No Documento	Tipo documento	Sexo	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento	Parentesco	Municipio residencia	Condición Discapacidad	Grado escolaridad			
Con mi firma que aparece dentro del presente documento, de manera previa, expresa e inequívoca autorizo a CAJASAN el tratamiento de mis datos personales (o el tratamiento de los datos personales del menor de edad o persona en condición de discapacidad que represento) aquí consignados, para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos, conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Corporación ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.cajasan.com que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidad de dicho tratamiento, por estar en ella consignado. También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos, podré dirigirme ante la Corporación a través del correo electrónico proteccion.datos@cajasan.com, las líneas telefónicas 018000972021 o 6434444 Ext.4328, a través de la página web www.cajasan.com vínculo Contáctenos o mediante comunicación escrita remitida a la oficina de atención al usuario, Carrera 27 No. 61-78, Sede Administrativa en Bucaramanga -Primer Piso. Así mismo, declaro que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles como datos de salud, biométricos o de menores de edad, entre otros, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.													Firma del Trabajador – C.C. No Firma y Sello de la Empresa	

CAJASAN le hará entrega a través de su empresa LA TARJETA MULTISERVICIOS, la cual le permite identificarse y acceder a la Cuota Monetaria y todos los servicios. La tarjeta permanece vigente incluso si cambia de empleador.

(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 - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ D. De Oficio ☐ A. Individual: - Beneficiario o Afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐		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)			

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

8. Apellidos y nombres Primer Apellido: SUAREZ Segundo Apellido: BONILLA Primer Nombre: LUIS Segundo Nombre: HERNANDO	
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 1098101222
11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐
13. Nacionalidad COLOMBIANA	14. Lugar de nacimiento País: COLOMBIA Departamento: SANTANDER Municipio: CAPITANEJO
15. Fecha de nacimiento 2 7 0 5 1 9 9 1	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales	
16. Etnia 0 6	17. Comunidad ☐
18. Discapacidad Si ☐ No ☒	19. Tiene encuesta SISBÉN Si ☐ No ☒
20. Clasificación SISBÉN Nivel ☐ Grupo ☐	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL COLMENA	23. Administradora de Pensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia Dirección: vereda montecillo, capitanejo Teléfono Celular: 3114651882 Correo Electrónico: luishernandos10@gmail.com Departamento: SANTANDER Municipio / Distrito: CAPITANEJO Localidad / Comuna: VEREDA 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. 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:	
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 D D M M A A A A	

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 ☐	50. Incapacidad permanente Si ☐ No ☐
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

51. Datos de residencia Departamento: Municipio/ Distrito: Zona: Teléfono fijo y/o celular: 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):
B1
B2
B3
B4
B5

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

A. AFILIACIÓN

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

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
55. Nombre o razón social INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS	56. Tipo documento de identificación NIT	57. Número del documento de identificación 901589014	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) DEPENDIENTE
59. Ubicación Dirección CL 143 26 02 A D AP 501		Teléfono fijo o Celular 3027450184	
Correo Electrónico insulogsas@gmail.com		Departamento SANTANDER	Municipio / Distrito FLORIDABLANCA
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 Subsidiado ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.	

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 2 4 0 2 2 0 2 6	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 72. Declaración de no 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 Sisbén vigente.			

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA			
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad		No. del documento de identidad	

IX. FIRMAS	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional Luis Suarez	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio [Firma]

X. ANEXOS	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 de 2016. ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	
Total Anexos	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del departamento

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL			
94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación
		97. Fecha de validación	

OBSERVACIONES:	24-02-2026
----------------	------------

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario		
Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial 900986188 Seguros y vida Ltda	Sello de Radicación E.P.S. Sanitas RECIBIDO PARA SU ESTUDIO NIT 900986188-1 SEGUROS Y VIDA LTDA	Sticker procesamiento

**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 HERNANDO SUAREZ BONILLA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.101.222**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Febrero 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.

República de Colombia  Gobernación de Santander	PLANILLAS DE SEGURIDAD	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 1

PLANILLAS DE SEGURIDAD

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 13510480	0	EDWIN ANTONIO ORTIZ HIGUERA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
68-679	CARRERA 11 23 12		6316489		EDWINORTIZHIGUERA@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-01	2026-01	35885711	I	2026-01-27	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	621.000	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35885711	2026-02-18	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DÍAS			PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica		
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.						Cot.	
1	CC 13510480	ORTIZ HIGUERA EDWIN ANTONIO	1.750.905																	0			30	30	0	30	COLFONDOS-231001	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	57	0	621.000	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 13510480	0	EDWIN ANTONIO ORTIZ HIGUERA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
68-679	CARRERA 11 23 12		6316489		EDWINORTIZHIGUERA@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-01	2026-01	35885711	I	2026-01-27	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	621.000	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	35885711	2026-02-18	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	121.900	0	0	0	121.900
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	121.900	0	0	0	121.900
Gran Total					621.000	0	0	0	621.000

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 13510480	0	EDWIN ANTONIO ORTIZ HIGUERA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
68-679	CARRERA 11 23 12		6316489		EDWINORTIZHIGUERA@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36149006	I	2026-02-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	621.000	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36149006	2026-03-18	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DÍAS			PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica		
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.						Cot.	
1	CC 13510480	ORTIZ HIGUERA EDWIN ANTONIO	1.750.905																	0			30	30	0	30	COLFONDOS-231001	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	121.900	0,06960	0	0	0	0	0	57	0	621.000	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 13510480	0	EDWIN ANTONIO ORTIZ HIGUERA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7112	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
68-679	CARRERA 11 23 12		6316489		EDWINORTIZHIGUERA@GMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36149006	I	2026-02-26	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	621.000	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36149006	2026-03-18	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	0	0	280.200
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	280.200	0	0	0	280.200
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	0	0	218.900
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	218.900	0	0	0	218.900
ARP(Administradoras: 1)				1	121.900	0	0	0	121.900
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	121.900	0	0	0	121.900
Gran Total					621.000	0	0	0	621.000

Fecha creación reporte 2026-04-07, 04:14:14 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 84858072

Periodo Cotización 202601 Periodo Servicio 202601

PAGADA 2026-04-07 16:06:17.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YILMAR GONZALO MARIN QUITIAN				
Documento	CC 1101177653			Dirección	CR 21 #35 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3104722754
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	FLORIDABLANCA			Total Afiliados	1
Representante Legal				Departamento	SANTANDER
				Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1101177653		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00				MARIN QUITIAN YILMAR GONZALO	68276000 - 68		SANTANDER

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP				Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0				\$ 1.800.000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	EPS037		12,5 %	\$ 1.800.000	\$ 225.000	\$ 0	14-25	5	6.960 %	\$ 1.800.000	\$ 125.300	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 125.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

Fecha creación: 2026-04-07, 04:14:20 p. m.

Tipo Planilla: I

Número Planilla: 84858072

Periodo Cotización: 202601

Periodo Servicio: 202601

PAGADA 2026-04-07 16:06:17.0

Se certifica que en la fecha 07/04/2026, la empresa YILMAR GONZALO MARIN QUITIAN, con documento de identificación CC1101177653, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado MARIN QUITIAN YILMAR GONZALO, con CC 1101177653, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N800226175	14-25	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES
AFP	N800224808	230301	PORVENIR
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS

Tarifa ARL	Clase Riesgo
0.0696	5

Fecha creación reporte 2026-04-07, 04:18:14 p. m. Tipo Planilla I Número Planilla 84858162
Periodo Cotización 202602 Periodo Servicio 202602

PAGADA 2026-04-07 16:08:14.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YILMAR GONZALO MARIN QUITIAN				
Documento	CC 1101177653			Dirección	CR 21 #35 - 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3104722754
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	FLORIDABLANCA			Total Afiliados	1
Representante Legal				Departamento	SANTANDER
				Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1101177653		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00				MARIN QUITIAN YILMAR GONZALO	68276000 - 68		SANTANDER

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales							
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS				Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30	230301		16 %	\$ 1.800.000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	EPS037		12,5 %	\$ 1.800.000	\$ 225.000	\$ 0	14-25	5	6,960 %	\$ 1.800.000	\$ 125.300	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 125.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

Fecha creación: 2026-04-07, 04:18:20 p. m.

Tipo Planilla: I

Número Planilla: 84858162

Periodo Cotización: 202602

Periodo Servicio: 202602

PAGADA 2026-04-07 16:08:14.0

Se certifica que en la fecha 07/04/2026, la empresa YILMAR GONZALO MARIN QUITIAN, con documento de identificación CC1101177653, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado MARIN QUITIAN YILMAR GONZALO, con CC 1101177653, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N800226175	14-25	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES
AFP	N800224808	230301	PORVENIR
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS

Tarifa ARL	Clase Riesgo
0.0696	5

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO		
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 2.200	\$ 0	\$ 0	\$ 2.200	\$ 0	\$ 280.200	\$ 2.200	\$ 282.400		
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	\$ 840.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.500	\$ 0	\$ 840.600	\$ 6.500	\$ 847.100		
230301	230301-PORVENIR	9	\$ 1.709.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 13.100	\$ 0	\$ 1.709.500	\$ 13.100	\$ 1.722.600		
SUBTOTALES:										\$ 2.830.300	\$ 21.800	\$ 2.852.100		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	13		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 999.200	\$ 999.200	\$ 7.700	\$ 0	\$ 1.006.900
SUBTOTALES:									\$ 999.200	\$ 7.700	\$ 0	\$ 1.006.900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF39	CCF39-CAJASAN	13	\$ 708.200	\$ 5.400	\$ 713.600
SUBTOTALES:			\$ 708.200	\$ 5.400	\$ 713.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																		
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	REFORMA EXTRANJERO	TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP				DÍAS COT	IBC	CCF					IBCF	ESAP	MINEDU										
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO			TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE				TOTAL APORTE	TOTAL APORTE								
1	CC 1005333884	PALOMINO TAPIAS MILTON JOAN	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI																			25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 121.900	1	\$ 58.364	\$ 2.400	\$ 0	\$ 2.400	14-25-COLMENA	1	\$ 58.364	\$ 901589014	\$ 4.100	1	\$ 58.364	CCCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 1005362863	CASTRILLON ARDILA LUIS FERNANDO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI		01																	230301-PORVENIR	1	\$ 58.364	\$ 9.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 9.400	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 58.364	\$ 2.400	\$ 0	\$ 2.400	14-25-COLMENA	1	\$ 58.364	\$ 901589014	\$ 4.100	1	\$ 58.364	CCCF39-CAJASAN	\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0										
3	CC 1005363899	GOMEZ MAZO JONATHAN ALEXANDER	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI																			230201-PROTECCION	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	ESSC24-COOSALUD ESS	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 121.900	1	\$ 58.364	\$ 2.400	\$ 0	\$ 2.400	14-25-COLMENA	1	\$ 58.364	CCCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				
4	CC 1055690496	MANRIQUE LUIS LINA FERNANDA	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 121.900	1	\$ 58.364	\$ 2.400	\$ 0	\$ 2.400	14-25-COLMENA	1	\$ 58.364	CCCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				
5	CC 1095486356	DELGADO ABRIL NESTOR CAMILO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI		01																	230301-PORVENIR	1	\$ 58.364	\$ 9.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 9.400	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 58.364	\$ 2.400	\$ 0	\$ 2.400	14-25-COLMENA	1	\$ 58.364	\$ 901589014	\$ 4.100	1	\$ 58.364	CCCF39-CAJASAN	\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0										
6	CC 1098792531	MENDEZ RUBIO GUSTAVO ADOLFO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI																			230301-PORVENIR	8	\$ 466.908	\$ 74.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 74.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	8	\$ 466.908	\$ 18.700	\$ 0	\$ 18.700	14-25-COLMENA	8	\$ 466.908	\$ 901589014	\$ 2.500	8	\$ 466.908	CCCF39-CAJASAN	\$ 18.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0										
7	CC 1098792531	MENDEZ RUBIO GUSTAVO ADOLFO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI														02-23						230301-PORVENIR	22	\$ 1.283.997	\$ 205.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 205.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	22	\$ 1.283.997	\$ 51.400	\$ 0	\$ 51.400	14-25-COLMENA	22	\$ 1.283.997	\$ 901589014	\$ 9.200	22	\$ 1.283.997	CCCF39-CAJASAN	\$ 51.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0									
8	CC 1098823246	BURGOS MURILLO EDWIN FABIAN	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 9.200	30	\$ 1.750.905	CCCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0										
9	CC 1099548277	PARDO SEBASTIAN CAMILO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	ESSC24-COOSALUD ESS	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 121.900	30	\$ 1.750.905	CCCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0										
10	CC 1099549764	SALAZAR MUÑOZ JEIMY LILIANA	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO			SI																			25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 121.900	30	\$ 1.750.905	CCCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0										

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					NIT					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					901589014				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					FLORIDABLANCA					DEPARTAMENTO:					INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CL 143 26 02 TO D AP 501					TELÉFONO:					SANTANDER 6051020				
DIRECCIÓN:					01-EMPLEADOR					CLASE APORTANTE:					B-MENOS DE 200 COTIZANTES				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquin				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										SI									

NÚMERO PLANILLA:										6007560710										TIPO DE PLANILLA:										E-EMPLEADOS									
PERIODO COTIZACIÓN OTROS										MES										enero AÑO										2026									
DÍAS DE MORA:																				PERIODO COTIZACIÓN SALUD:										MES									
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):										2026/02/16										NÚMERO AUTORIZACIÓN:										66818252									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																						
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	MINEDU					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE										ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																						
11	CC 1099552590	HERNANDEZ ISAZA EDIS ALONSO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	NUEVA EPS CM	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 121.900	\$ 30	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
12	CC 91133048	GOMEZ FERNANDEZ BERNARDO DE JESUS	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	ESSC24-COOSALUD ESS	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 121.900	\$ 30	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
13	CC 91533885	CACERES BOHORQUEZ DARWING ASDRUBAL	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 121.900	\$ 30	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
14	CC 9432627	FERLA JORGE ESNEIDER	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI	01																		230301-PORVENIR	1	\$ 58.364	\$ 9.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 9.400	ESSC24-COOSALUD ESS	1	\$ 58.364	\$ 2.400	\$ 0	\$ 2.400	14-25-COLMENA	1	\$ 58.364	\$ 901589014	\$ 4.100	1	\$ 58.364	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 2.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 5.286.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901589014
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 143 26 02 TO D AP 501	TELÉFONO:	6051020
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Alquiler y arrendamiento de otros
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	SI		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	6007560710	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	12		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	66818252

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 282.400
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	3	\$ 847.100
8002248088	230301	230301-PORVENIR	9	\$ 1.722.600
SUBTOTAL:			13	\$ 2.852.100
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	2	\$ 141.300
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	2	\$ 73.100
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	\$ 70.700
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	4	\$ 214.400
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3	\$ 143.700
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 70.700
SUBTOTAL:			13	\$ 713.900
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902001061	CCF39	CCF39-CAJASAN	13	\$ 713.600
SUBTOTAL:			13	\$ 713.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	13	\$ 1.006.900
SUBTOTAL:			13	\$ 1.006.900

VALOR SIN MORA:	\$ 5.245.900
VALOR MORA:	\$ 40.600
TOTAL PAGADO:	\$ 5.286.500



Pago PSE



El pago PSE se ha realizado correctamente.

Fecha de creación: 16/02/2026 - 8:44:07 AM

Fecha de confirmación: 16/02/2026 - 8:44:59 AM

Usuario originador: GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO

Su número de transacción es: APII9068463790741830

Su número de confirmación es: 20037FLZ

Cuenta a debitar

Cuenta de ahorro

{Alias}

*****1104

UNION TEMPORAL LA BELLEZA 2025

NI|9019930261

Datos adicionales

Nombre del comercio	SOI ACH
Referencia de pago	6007560710
Código de servicio	99000
Referencia 1	10.80.25.153
Referencia 2	NI
Referencia 3	901589014
Descripción del pago	Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
CUS	66818252
Valor total de la transacción	\$ 5.286.500,00
Valor del impuesto	\$ 0,00

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					NIT					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					901589014				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					FLORIDABLANCA					INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS					SANTANDER				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CL 143 26 02 TO D AP 501					DEPARTAMENTO:					6051020				
DIRECCIÓN:					01-EMPLEADOR					TELÉFONO:					B-MENOS DE 200 COTIZANTES				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					CLASE APORTANTE:					Alquiler y arrendamiento de otros tipos de maquin				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO					ACTIVIDAD ECONOMICA:					SI				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):														

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		FSP		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN						
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	\$ 840.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.900	\$ 0			\$ 840.600	\$ 10.900	\$ 851.500
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.700	\$ 0			\$ 280.200	\$ 3.700	\$ 283.900
230301	230301-PORVENIR	9	\$ 1.840.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 23.700	\$ 0			\$ 1.840.100	\$ 23.700	\$ 1.863.800
SUBTOTALES:												\$ 2.960.900	\$ 38.300	\$ 2.999.200

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 70.100	\$ 0	\$ 1.000	\$ 0	\$ 70.100	\$ 1.000	\$ 0	\$ 71.100
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 154.300	\$ 0	\$ 2.000	\$ 0	\$ 154.300	\$ 2.000	\$ 0	\$ 156.300
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	3		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 205.600	\$ 0	\$ 2.700	\$ 0	\$ 205.600	\$ 2.700	\$ 0	\$ 208.300
EPS041	NUEVA EPS CM	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 65.400	\$ 0	\$ 900	\$ 0	\$ 65.400	\$ 900	\$ 0	\$ 66.300
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	3		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 105.200	\$ 0	\$ 1.400	\$ 0	\$ 105.200	\$ 1.400	\$ 0	\$ 106.600
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 140.200	\$ 0	\$ 1.900	\$ 0	\$ 140.200	\$ 1.900	\$ 0	\$ 142.100
SUBTOTALES:													\$ 740.800	\$ 9.900	\$ 0	\$ 750.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			VALOR	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	13		\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0		\$ 950.100	\$ 950.100	\$ 12.300	\$ 0	\$ 962.400
SUBTOTALES:											\$ 950.100	\$ 12.300	\$ 0	\$ 962.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR						
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
CCF39	CCF39-CAJASAN	13	\$ 740.800	\$ 9.600	\$ 750.400	
SUBTOTALES:			\$ 740.800	\$ 9.600	\$ 750.400	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO			TOTAL APORTE	DÍAS COT					IBC	ADMIN
1	CC 1005333884	PALOMINO JARIAS MILTON JOAN	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS017-FAMISANAR	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 9.200	30	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 1005363899	GOMEZ MAZO JONATHAN ALEXANDER	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			230201-PROTECCION	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	ESSC24-COOSALUD ESS	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 30	121.900	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 1055690496	MANRIQUE LUIS LINA FERNANDA	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 30	121.900	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
4	CC 1098101222	SUAREZ BONILLA LUIS HERNANDO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI	24																		230301-PORVENIR	7	\$ 408.545	\$ 65.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 65.400	EPS005-SANITAS S.A	7	\$ 408.545	\$ 16.400	\$ 0	\$ 16.400	14-25-COLMENA	7	\$ 408.545	\$ 901589014	\$ 28.500	7	\$ 408.545	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 16.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
5	CC 1098101360	VEGA JAIMES EDWIN ESTIL	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI	23																		230301-PORVENIR	8	\$ 466.908	\$ 74.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 74.800	EPS005-SANITAS S.A	8	\$ 466.908	\$ 18.700	\$ 0	\$ 18.700	14-25-COLMENA	8	\$ 466.908	\$ 901589014	\$ 32.500	8	\$ 466.908	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 18.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
6	CC 1098101379	MARTINEZ CRUZ DANIEL JACINTO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI	25																		230301-PORVENIR	6	\$ 350.181	\$ 56.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 56.100	EPS037-NUEVA EPS	6	\$ 350.181	\$ 14.100	\$ 0	\$ 14.100	14-25-COLMENA	6	\$ 350.181	\$ 901589014	\$ 24.400	6	\$ 350.181	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 14.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
7	CC 1098792531	MENDEZ RUBIO GUSTAVO ADOLFO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIO S DE SALUD	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 9.200	30	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
8	CC 1098823246	BURGOS MURILLO EDWIN FABIAN	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS005-SANITAS S.A	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 9.200	30	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
9	CC 1099548277	PARDO SEBASTIAN CAMILO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI	28																		230301-PORVENIR	28	\$ 1.634.178	\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 261.500	ESSC24-COOSALUD ESS	28	\$ 1.634.178	\$ 65.400	\$ 0	\$ 65.400	14-25-COLMENA	28	\$ 1.634.178	\$ 901589014	\$ 28	113.800	\$ 1.634.178	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 65.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
10	CC 1099549764	SALAZAR MUÑOZ JEIMY LILIANA	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI																			25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS037-NUEVA EPS	30	\$ 1.750.905	\$ 70.100	\$ 0	\$ 70.100	14-25-COLMENA	30	\$ 1.750.905	\$ 901589014	\$ 30	121.900	\$ 1.750.905	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 70.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
11	CC 1099552590	HERNANDEZ ISAZA EDIS ALONSO	DEPEND		\$ 1.750.905	FIJO		SI	28																		230301-PORVENIR	28	\$ 1.634.178	\$ 261.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 261.500	NUEVA EPS CM	28	\$ 1.634.178	\$ 65.400	\$ 0	\$ 65.400	14-25-COLMENA	28	\$ 1.634.178	\$ 901589014	\$ 28	113.800	\$ 1.634.178	\$ CCF39-CAJASAN	\$ 65.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					NIT					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					901589014				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					FLORIDABLANCA					DEPARTAMENTO:					INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CL 143 26 02 TO D AP 501					TELÉFONO:					SANTANDER				
DIRECCIÓN:					01-EMPLEADOR					CLASE APORTANTE:					6051020				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					B-MENOS DE 200 COTIZANTES				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):															SI				

NÚMERO PLANILLA:										6012524218										TIPO DE PLANILLA:										E-EMPLEADOS									
PERIODO COTIZACIÓN OTROS										MES										febrero AÑO										2026									
DÍAS DE MORA:																				PERIODO COTIZACIÓN SALUD:										MES									
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):										2026/03/24										NÚMERO AUTORIZACIÓN:										163605315									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP				DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	ESCAP	MINEDU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE							ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

TOTAL PAGADO:

\$ 5.462.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901589014
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG SAS			
CIUDAD/MUNICIPIO:		FLORIDABLANCA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:		CL 143 26 02 TO D AP 501 TELÉFONO:	6051020
TIPO APORTANTE:		01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:		PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Alquiler y arrendamiento de otros
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
NÚMERO PLANILLA:	6012524218			TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:
DÍAS DE MORA:	20			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/24			NÚMERO AUTORIZACIÓN:
				163605315

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 283.900
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	3	\$ 851.500
8002248088	230301	230301-PORVENIR	9	\$ 1.863.800
SUBTOTAL:			13	\$ 2.999.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	2	\$ 142.100
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	3	\$ 106.600
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	\$ 66.300
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	3	\$ 208.300
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3	\$ 156.300
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 71.100
SUBTOTAL:			13	\$ 750.700
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902001061	CCF39	CCF39-CAJASAN	13	\$ 750.400
SUBTOTAL:			13	\$ 750.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	13	\$ 962.400
SUBTOTAL:			13	\$ 962.400

VALOR SIN MORA:	\$ 5.392.600
VALOR MORA:	\$ 70.100
TOTAL PAGADO:	\$ 5.462.700



Pago PSE



El pago PSE se ha realizado correctamente.

Fecha de creación: 24/03/2026 - 8:02:42 AM

Fecha de confirmación: 24/03/2026 - 8:03:02 AM

Usuario originador: GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO

Su número de transacción es: APII9099543076862569

Su número de confirmación es: 1500BX6G

Cuenta a debitar

Cuenta de ahorro

{Alias}

*****1104

UNION TEMPORAL LA BELLEZA 2025

NI|9019930261

Datos adicionales

Nombre del comercio	SOI ACH
Referencia de pago	6012524218
Código de servicio	99000
Referencia 1	10.80.25.153
Referencia 2	NI
Referencia 3	901589014
Descripción del pago	Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
CUS	163605315
Valor total de la transacción	\$ 5.462.700,00
Valor del impuesto	\$ 0,00

República de Colombia  Gobernación de Santander	MEMORIA DE CANTIDADES	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 1

MEMORIA DE CANTIDADES



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA:
1,01	Localización y replanteo	M2	132,52	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	3/03/2026
						HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Largo (m)	Ancho (m)	altura (m)	cantidad		
Dados anclaje	2,50	2,00		2,00	10,00	
Zapatas	2,40	2,40		2,00	11,52	
paso elevado	39,00	1,00		1,00	39,00	
Zona de gavion	12,00	6,00		1,00	72,00	
TOTAL					132,52	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA: 3/03/2026
1,02	Descapote Mecánico e=0.20 m2	M2	93,52	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Largo (m)	Ancho (m)	altura (m)	cantidad		
Dados anclaje	2,50	2,00		2,00	10,00	
Zapatas	2,40	2,40		2,00	11,52	
Gavion	12,00	6,00		1,00	72,00	
TOTAL					93,52	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA: 3/03/2026
2,03	Excavación en roca	M3	24,02	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Largo (m)	Ancho (m)	altura (m)	cantidad		
Dado anclaje	2,50	2,50	1,00	2,00	12,50	 
zapata	2,40	2,40	1,00	2,00	11,52	
						 
TOTAL					24,02	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA: 3/03/2026
3,01	Suministro e instalación de concreto ciclópeo (60% Concreto Simple 3000 psi; 40 % Piedra Rajón) para muertos	M3	31,52	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Largo (m)	Ancho (m)	altura (m)	cantidad		
Base zapata	2,40	2,40	1,00	2,00	11,52	
Dados anclaje	2,50	2,00	2,00	2,00	20,00	
						
						
						
TOTAL					31,52	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA: 3/03/2026
3,02	Suministro e instalación de acero de refuerzo PDR-60	KG	1.689,57	REVISOR:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES					TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Diametro	peso kg/ml	Cantidad	Longitud (m)	cantidad		
Columnas							
Refuerzo zapata P1	5/8"	1,552	22,00	2,85	2,00	194,62	
Refuerzo zapata P2	5/8"	1,552	22,00	2,85	2,00	194,62	
Fleje 72x82	3/8"	0,560	25,00	3,23	2,00	90,44	
gancho 82	3/8"	0,560	50,00	1,00	2,00	56,00	
gancho 72	3/8"	0,560	50,00	0,90	2,00	50,40	
R Pedestal P1	7/8"	3,042	14,00	4,30	2,00	366,26	
Rpedestal P2	7/8"	3,042	5,00	3,40	2,00	103,43	
Rpdesteal P3	7/8"	3,042	5,00	3,30	2,00	100,39	
Fleje 27x82	3/8"	0,560	20,00	2,33	2,00	52,19	
gancho de 27	3/8"	0,560	80,00	0,45	2,00	40,32	
DADO ANCLAJE							
Zapata dado M1	1/2"	0,994	11,00	2,35	2,00	51,39	
Zapata dado M2	1/2"	0,994	9,00	2,85	2,00	50,99	
Vertical Dado M3	3/8"	0,560	36,00	2,85	2,00	114,91	

Horizontal dado M4	3/8"	0,560	18,00	2,85	2,00	57,46
Horizontal dado M5	3/8"	0,560	18,00	2,35	2,00	47,38
Parilla superior M6	3/8"	0,560	11,00	2,35	2,00	28,95
Parilla superior M7	3/8"	0,560	9,00	2,85	2,00	28,73
Ganchos anclaje	5/8"	1,552	2,00	6,00	2,00	37,25
Columna anclaje	1/2"	0,994	4,00	3,00	2,00	23,86
TOTAL						1689,57



Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA:
3,03	Concreto anclaje macizo 4000 Psi	M3	8,87	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	3/03/2026
						HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Largo (m)	Ancho (m)	altura (m)	cantidad		
ZAPATA	2,40	2,40	0,50	2,00	5,76	
COLUMNA	0,80	0,90	1,50	2,00	2,16	
ALETA	0,90	0,35	1,50	2,00	0,95	
TOTAL					8,87	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA: 3/03/2026
3,04	Suministro e instalación PERFIL IPE 240	KG	2.577,74	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Largo (m)	KG/ML	%	cantidad		
VIGA IPE 240	39,00	30,70		2,00	2.394,60	
Platina conexión 140x260x127 mm	4,00	3,63		6,00	87,12	
Platina Soporte concreto 750x350x19 mm	1,00	39,15		2,00	78,30	
Angulo soporte pendolones 2"x2"x5/16"	0,08	5,83		38,00	17,72	
TOTAL					2577,74	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA:
3,05	Suministro e instalación PERFIL IPE 80	KG	128,00	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	3/03/2026
						HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Largo (m)	KG/ML	altura (m)	cantidad		
VIGA IPE 80	0,30	6,00		40,00	72,00	 
Angulo soporte 3"x3/8"	0,07	10,00		80,00	56,00	
TOTAL					128,00	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECIFICO PAE.

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA:
6,04	RELLENO CON MATERIAL DE SITIO, COMPACTADO CON PLANCHA VIBRATORIA (RANA)	m3	15,12	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	3/03/2026
						HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Area zapata	area columna	altura relleno	elemento		
Relleno zapata columnas	5,76	- 0,72	1,50	2,00	15,12	
TOTAL					15,12	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR



MEMORIA DE CANTIDADES DE OBRA

REHABILITACION DE LA RED DE CONDUCCION DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RIO NEVADO
MEDIANTE LA CONTRUCCION DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER
EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL

ITEM	DESCRIPCION	UND	TOTAL	ELABORO:	INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS	FECHA:
6,08	EXCAVACIONES MECANICAS VARIAS EN MATERIAL COMUN SECO. (incluye cargue y retiro interno del material excavado.)	m3	38,04	REVISO:	RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS	HOJA

DESPIECE	DIMENSIONES				TOTALES	OBSERVACIONES O DETALLES GENERALES
	Largo (m)	Ancho (m)	altura (m)	cantidad		
Dado anclaje	2,50	2,00	1,50	2,00	15,00	
zapata	2,40	2,40	2,00	2,00	23,04	
TOTAL					38,04	

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta bajo la responsabilidad expresa de los que intervienen en ella, de conformidad con las funciones desempeñadas por cada uno de los mismos, de acuerdo con el manual de interventoría, en Bucaramanga, a los tres (03) días, del mes Marzo del año 2026

GUSTAVO ADOLFO MENDEZ RUBIO
R.L INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSOLUG SAS
CONTRATISTA

JESSICA YOMARA ROJAS GAMBOA
RENOVA INTERVENTORIA Y CONSULTORIA SAS
INTERVENTOR

República de Colombia  Gobernación de Santander	POLIZAS	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 1

POLIZAS



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA						SUCURSAL BUCARAMANGA						COD.SUC 96		NO.PÓLIZA 96-44-101201979		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO						
27 01 2026			23 01 2026			00:00	26 03 2031			23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S.	IDENTIFICACIÓN NIT: 901.589.014-1
DIRECCIÓN: CL 143 NRO. 26 - 02 TORRE D APTO 501	Ciudad: FLORIDABLANCA, SANTANDER TELÉFONO: 3133184504

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: DEPARTAMENTO DE SANTANDER	IDENTIFICACIÓN NIT: 890.201.235-6
DIRECCIÓN: CL 37 NRO. 10 - 36	Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 6336233

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO, EL PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES DEL PERSONAL EMPLEADO Y LA ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE OBRA NO. 00004360 DE 2025 CON FECHA 16 DE DICIEMBRE DE 2025 RELACIONADO CON LA REHABILITACIÓN DE LA RED DE CONDUCCIÓN DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RÍO NEVADO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA NO. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECÍFICO PAE.

SE ACLARA QUE LA VIGENCIA DEL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA ES DE CINCO (05) AÑOS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE RECIBO FINAL DE LA OBRA.

AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCIÓN DE OBRAS CIVILES

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	23/01/2026	23/09/2026	\$91,097,392.40	
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES	23/01/2026	26/03/2029	\$91,097,392.40	
ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA	26/03/2026	26/03/2031	\$91,097,392.40	

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO Y DE ACUERDO AL ACTA DE INICIO CON FECHA 23 DE ENERO DE 2026 DEL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA NO. COL.PCCNTR.8709257, SE HACE CONSTAR QUE SE TRASLADAN LAS VIGENCIAS DE LOS AMPAROS ARRIBA CITADOS.

LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN EN VIGOR.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ ***1,771,881.00	\$ *****20,000.00	\$ *****340,457.00	\$ *****2,132,339.00	\$ *****273,292,177.20	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA EUGENIA ARENAS DIAZ	40931	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101201979

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 TELÉFONO: 601-2186977, 601-6019330

DLF040931B

1

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA						SUCURSAL BUCARAMANGA				COD.SUC 96		NO.PÓLIZA 96-44-101201979		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA				
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	00:00	DÍA	MES	AÑO	23:59					
27	01	2026	23	01	2026	00:00	26	03	2031	23:59					

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S.								IDENTIFICACIÓN NIT: 901.589.014-1			
DIRECCIÓN: CL 143 NRO. 26 - 02 TORRE D APTO 501						CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER			TELÉFONO: 3133184504		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: DEPARTAMENTO DE SANTANDER								IDENTIFICACIÓN NIT: 890.201.235-6			
DIRECCIÓN: CL 37 NRO. 10 - 36						CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER			TELÉFONO: 6336233		

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-44-101201979

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF040931B



NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA			SUCURSAL BUCARAMANGA			COD.SUC 96	NO.PÓLIZA 96-40-101072378	ANEXO 2
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO	
27 01 2026	23 01 2026		00:00	26 03 2026		23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S.	IDENTIFICACIÓN NIT: 901.589.014-1
DIRECCIÓN: CL 143 NRO. 26 - 02 TORRE D APTO 501	Ciudad: FLORIDABLANCA, SANTANDER TELÉFONO: 3133184504

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO: DEPARTAMENTO DE SANTANDER	IDENTIFICACIÓN NIT: 890.201.235-6
DIRECCIÓN: CL 37 NRO. 10 - 36	Ciudad: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO 6336233
BENEFICIARIO: 890201235 - DEPARTAMENTO DE SANTANDER	

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN 15-05-2020 - 1329-P-06-00000-E-RCE-002A-D00I / 31-03-22 -1329-P-06-00000-E-RCE-001P-D00I, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL TOMADOR CON MOTIVO DE DETERMINADA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO A LA LEY COLOMBIANA POR LESIONES Y/O DAÑOS MATERIALES CAUSADOS A TERCEROS POR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE OBRA No. 00004360 DE 2025 CON FECHA 16 DE DICIEMBRE DE 2025 RELACIONADO CON LA REHABILITACIÓN DE LA RED DE CONDUCCIÓN DEL ACUEDUCTO PROVENIENTE DE RÍO NEVADO MEDIANTE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PASO ELEVADO EN EL MUNICIPIO DE CAPITANEJO, SANTANDER EN EL MARCO DEL DECRETO DE CALAMIDAD PÚBLICA No. 038 DEL 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025 DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN ESPECÍFICO PAE.

BENEFICIARIOS: TERCEROS AFECTADOS
PROTECCIONES PARTICULARES
CERRAMIENTO DE LA OBRA - SEÑALIZACIÓN PREVENTIVA DIURNA Y NOCTURNA VEHICULAR Y PEATONAL

AMPAROS

RIESGO: CONSTRUCCIÓN DE OBRAS CIVILES

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	23/01/2026	26/03/2026	\$284,700,000.00	
PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	23/01/2026	26/03/2026	\$284,700,000.00	
DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	23/01/2026	26/03/2026	\$284,700,000.00	

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO Y DE ACUERDO AL ACTA DE INICIO CON FECHA 23 DE ENERO DE 2026 DEL CONTRATO DE OBRA PÚBLICA No. COL.PCCNTR.8709257, SE HACE CONSTAR QUE SE TRASLADAN LAS VIGENCIAS DE LOS AMPAROS ARRIBA CITADOS.
LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES NO MODIFICADOS POR EL PRESENTE ANEXO CONTINUAN EN VIGOR.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****120,900.00	\$ *****3,000.00	\$ *****23,541.00	\$ *****147,441.00	\$ *****284,700,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARIA EUGENIA ARENAS DIAZ	40931	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A. SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARÁN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-40-101072378

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR



SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE
CUMPLIMIENTO
RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA						SUCURSAL BUCARAMANGA				COD.SUC 96		NO.POLIZA 96-40-101072378		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO				
27 01 2026			23 01 2026			00:00	26 03 2026			23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA				

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S.								IDENTIFICACIÓN NIT: 901.589.014-1		
DIRECCIÓN: CL 143 NRO. 26 - 02 TORRE D APTO 501						CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER			TELÉFONO: 3133184504	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		DEPARTAMENTO DE SANTANDER		IDENTIFICACIÓN		NIT: 890.201.235-6	
DIRECCIÓN: CL 37 NRO. 10 - 36				CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER		TELÉFONO: 6336233	
BENEFICIARIO: 890201235 - DEPARTAMENTO DE SANTANDER							

AMPAROS	DEDUCIBLE	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG ACTUAL	SUMA ASEG ANTERIOR
CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	23/01/2026	26/03/2026	\$284,700,000.00	
VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	23/01/2026	26/03/2026	\$284,700,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	23/01/2026	26/03/2026	\$284,700,000.00	
GASTOS MEDICOS	10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV	23/01/2026	26/03/2026	\$284,700,000.00	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-40-101072378

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF040931B

2

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL DERIVADA DE
CUMPLIMIENTO
RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BUCARAMANGA						SUCURSAL BUCARAMANGA						COD.SUC 96		NO.PÓLIZA 96-40-101072378		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA			A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO						
DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO										
27 01 2026			23 01 2026			00:00	26 03 2026			23:59	ANEXO DE TRASLADO DE VIGENCIA						

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL INGENIERIA SUMINISTROS Y LOGISTICA INSULOG S.A.S.								IDENTIFICACIÓN NIT: 901.589.014-1			
DIRECCIÓN: CL 143 NRO. 26 - 02 TORRE D APTO 501						CIUDAD: FLORIDABLANCA, SANTANDER			TELÉFONO: 3133184504		

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO:		DEPARTAMENTO DE SANTANDER			IDENTIFICACIÓN		NIT: 890.201.235-6						
DIRECCIÓN:				CL 37 NRO. 10 - 36		CIUDAD:		BUCARAMANGA, SANTANDER		TELÉFONO:		6336233	
BENEFICIARIO: 890201235 - DEPARTAMENTO DE SANTANDER													

TEXTO ACLARATORIO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELEFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-40-101072378

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF040931B

3

República de Colombia  Gobernación de Santander	BITACORA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 1

BITACORA

Contrato de Obra N° CO1.PCCNTR8709257

Objeto = Rehabilitación de la red de conducción del acueducto proveniente de río nevado mediante la construcción de un paso elevado en el Municipio de Capitanejo, Santander en el marco del decreto de calamidad pública N° 038 del 23 de Septiembre de 2025 del Municipio de Capitanejo para dar cumplimiento al plan de acción específico PAE.

Fecha = 23 de Enero del 2026 Clima = Soleado

Personal en Obra = 1 Ingeniero residente de Obra

1 Ingeniero residente de Interventoría

1 Maestro de Obra

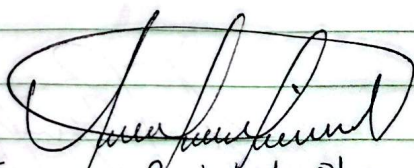
2 ayudantes de Obra

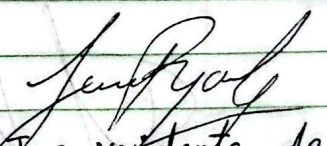
1 Topógrafo

Maquinaria y equipos = Equipo y herramienta menor, estación de topografía.

Actividades Ejecutadas = Se realizó la localización y replanteo de la estructura acorde a los planos del proyecto. Se evidencia que la longitud establecida para el paso elevado es demasiado corta y las estructuras de zapatas quedan en una zona de alto riesgo.

Nota de interventoría = Se verifican afiliaciones del personal al sistema de seguridad social, se verifica que cuenten con elementos de protección personal y se acompaña el levantamiento topográfico de la localización y replanteo.


Ingeniero Residente de Obra


Ing. residente de interventoría.

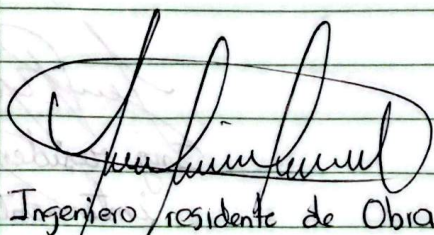
Fecha = 24 de Enero del 2026
Clima = Soleado
día = Sábado

Personal en obra = Un ingeniero residente de Obra
Un ingeniero residente de Interventoría
Un maestro de Obra
Dos ayudantes de Obra

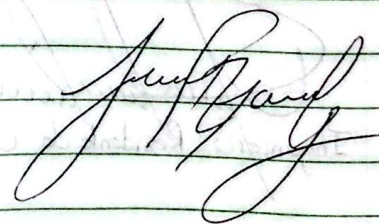
Maquinaria y equipo = Herramienta menor

Actividades ejecutadas = Se culminó la localización y replanteo.

Se acordó visita de Obra para el día 26 de enero y de forma virtual la supervisión para definir si se requiere algún cambio en la ubicación de la estructura dado que la longitud de falla se ubica dentro de la zona de cimentación según los planos del proyecto



Ingeniero residente de Obra.



Fecha = 26 de Enero del 2026

2505 140 0100 Clima = Nublado

día = Lunes

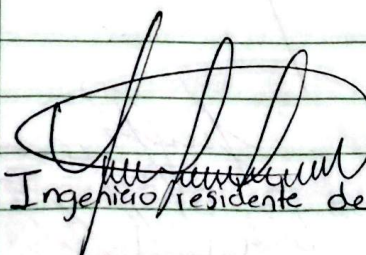
271000 = 0.16

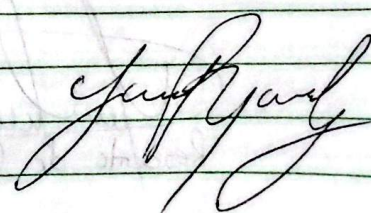
Personal en obra = Un ingeniero residente de Obra - Un ingeniero Res. Interventor
Un maestro de Obra

Dos ayudantes

Maquinaria y equipo = planta eléctrica, tronczadora, Sierra de madera
y herramienta menor.

Actividades = Se realizó adecuación de bodega de materiales en un punto cercano a la obra, asimismo se realizó construcción de campamento de obra, se realizó reunión de manera virtual con la supervisión del contrato para la revisión de diseños y la apreciación sobre falta de longitud en el paso elevado para garantizar la estabilidad de la estructura, en la cual se concluye realizar una visita a obra el día 29 de Enero donde se cita al consultor del proyecto.


Ingeniero residente de Obra



Fecha = 27 de enero del 2026

clima: Soleado

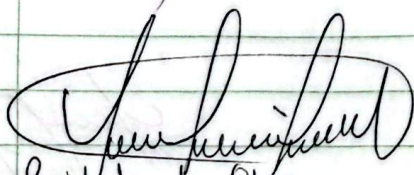
día = martes

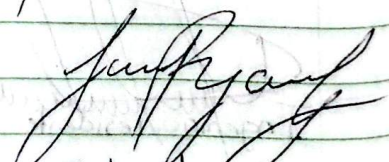
Personal en obra: Un residente de Obra - Un residente interventoria
un maestro de Obra - Dos ayudantes de Obra
Un profesional SST

Equipo y herramienta: planta eléctrica, sierra de madera, tronchador
y herramienta menor.

Actividades ejecutadas: Se realiza charla al personal sobre:
Gestión de residuos de construcción y demolición, por parte
del encargado SST.

Se terminó campamento de Obra y se realizó
instalación de Señalización preventiva en distintas
Zonas de la obra.


Residente de Obra


Interventoria

Fecha: 28 de Enero 2026

Clima = soleado

día = miércoles

personal en obra: Un residente de Obra

Un residente de interventoría

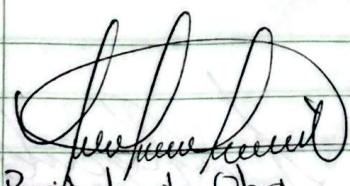
Un maestro y dos ayudantes de Obra.

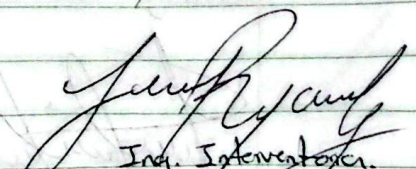
Maquinaria y equipo = tronzadora, planta eléctrica, sierra de madera y herramienta menor.

Actividades ejecutadas = Se realizó retiro de estructura antigua existente afectada por erosión de la zona.

Se adeco zona para acopio de agregados.

Se revisaron puntos para abastecimiento de agua, estableciéndose la necesidad de habilitar tanques de almacenamiento para traer agua desde el casco urbano.


Residente de Obra.


Ing. Interventor.

Fecha: 29 de Enero 2026

Clima: soleado

día: Jueves

Personal en Obra: Un residente de Obra - Un director de Obra

Un residente de Interventoría - Un director de Interventoría

Supervisión de Obra - Ingeniero consultor - un maestro y dos ayudantes

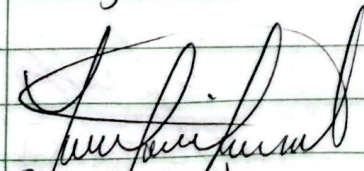
Maquinaria y equipo: Tronzadora, planta eléctrica, sierra de madera, herramienta menor de mano.

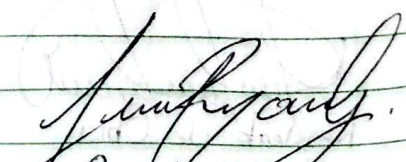
Actividades ejecutadas: Se realiza visita de campo donde se evidencia por parte de la supervisión que efectivamente se requiere aumentar la longitud del paso elevado como lo manifestó el contratista de obra, interviene el Ingeniero consultor del proyecto afirmando que las condiciones topográficas actuales del terreno cambiaron por temas de erosión y por ende se requiere ajustar el diseño. Se establece que el contratista de obra al contar con el equipo de topografía y basado en la localización realizada proponga los cambios en la ubicación de la cimentación de la estructura definiendo así la nueva longitud del paso elevado y de esta manera entregue los cambios en el diseño para ser avalados por el consultor.

Cita de la interventoría = la interventoría manifiesta que se entiende que las condiciones en campo pueden variar significativamente dado que es una zona de alto riesgo y que es necesario ajustar el diseño para garantizar la estabilidad de la obra.

Finalmente se establece que el cambio en la ubicación de la cimentación solamente es en el punto A con lo cual el contratista de obra puede iniciar trabajos en el eje B.

Se cita a reunión virtual el día 5 de febrero para la entrega de diseños.


Residente de Obra


Residente Interventoría

Fecha = 30 de enero 2026

Clima = Soleado

Día = Viernes

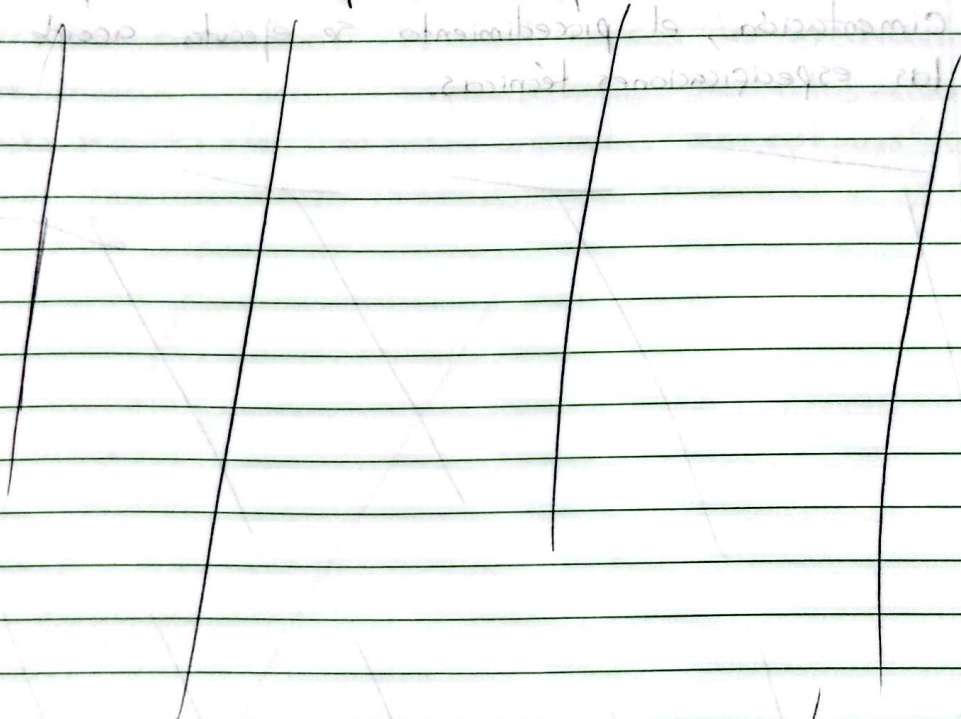
Personal en Obra = Un residente de Obra - Un residente de interventoría

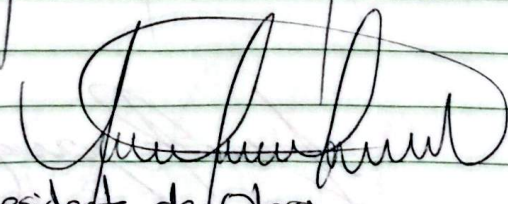
Un maestro

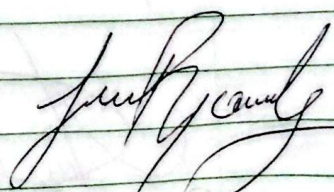
Dos ayudantes de Obra

Maquinaria y equipo = Tronzadora - planta eléctrica, Sierra de madera, herramienta menor

Actividades ejecutadas = Se realiza desape de zapata y se inician excavaciones para cimentación.




Residente de Obra.


Res. Interventoría.

F Fecha = 31 de Enero 2026

Clima = Soleado

c Día = Sábado

Pe Personal en Obra: Residente de obra - Residente Interventoria

Un maestro de obra

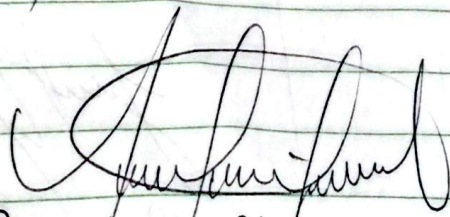
2 ayudantes de obra.

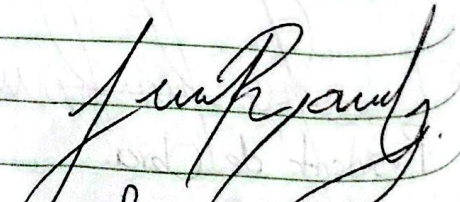
Mc Equipo y Herramienta: Herramienta menor - Tronzadora

planta eléctrica y Sierra de madera.

As Actividades ejecutadas: Durante la jornada se dio continuidad al proceso de excavaciones para cimentación, el procedimiento se ejecuta acorde a las especificaciones técnicas.

Nº


Residente de Obra


Res. Interventoria

Fecha: 02 de Febrero de 2026 Clima: Nublado

Día: Lunes

Personal en Obra: Un residente de obra - un operador

Un residente de interventoría

Un maestro y dos ayudantes de obra

Equipo y herramienta: Una retroexcavadora tipo pajarita - tronzadora

Sierra de madera - planta eléctrica - herramienta de mano

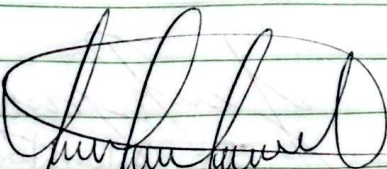
Actividades ejecutadas: Se realiza adecuación de señalización

preventiva, dado que por las fuertes corrientes de viento

se ven afectadas. Se continúa con la excavación

de manera mecánica implementando una retroexcavadora

tipo pajarita la cual se encuentra en óptimas condiciones.

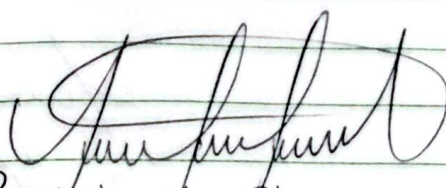


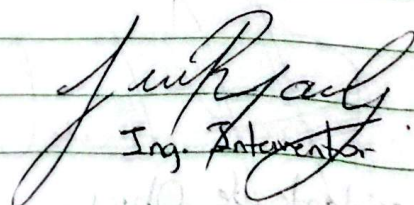
Residente de Obra



Res. Interventoría

- Fecha = 03 de Febrero 2026 Clima = Soleado
- Día = martes
- Personal en Obra: Un residente de Obra - Un residente interventoria
un operador de retroexcavadora
un maestro y dos ayudantes de obra.
- Equipo y herramienta: Retroexcavadora tipo pajanta - tizonador
Siera de madera - planta eléctrica y herramienta menor.
- Actividades ejecutadas: Durante esta jornada se realizó por
parte del encargado SST charla: "Cuidado de los
recursos naturales" también se realizó capacitación
en "Relaciones Interpersonales".
Se finaliza excavación mecánica para zapata eje B
y se inicia excavación para dado de andaje.


Residente de Obra


Ing. Interventor

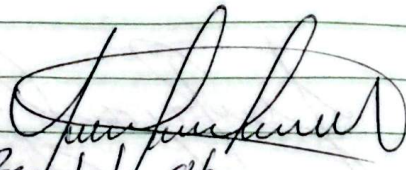
Fecha: 04 de Febrero 2026 : 11:00 Clima: Soleado

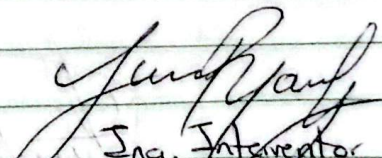
Día: Miércoles

Personal en Obra: Un residente de Obra - un residente de interventoría
Un maestro de Obra
dos ayudantes de obra

Equipo y herramienta: Retro excavadora tipo pajarita - tronadora - Sierra
de madera - planta eléctrica y herramientas menor.

Actividades ejecutadas: Durante esta jornada se realiza la
perfilación manual de las excavaciones para la zapata
acorde a las medidas del plano y se culmina la
excavación mecánica para el dado de anclaje, se recibe
en obra viaje de agregados arena y triturado y se realiza
su almacenamiento en campo.


Residente Obra


Ing. Interventor

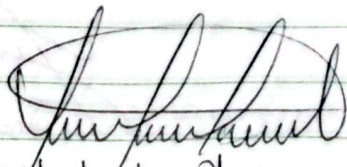
Fecha: 05 de febrero 2026 - clima: soleado

Día: Jueves

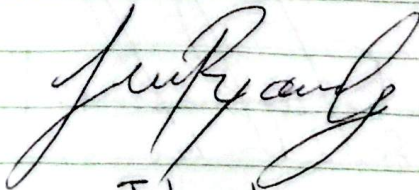
Personal en Obra: un residente de obra - un residente interventoría -
un maestro - dos ayudantes - un operador de
retro excavadora

Equipo y herramienta: herramienta menor - planta eléctrica -
tronzadora - sierra de madera -

Actividades ejecutadas: Se realiza reunión virtual entre contratista de
obra, interventoría de obra, supervisión de obra y
Consultor del proyecto donde se socializan los ajustes
al diseño pasando de una longitud de 35 metros a
39 metros, ubicando las estructuras de soporte en
una zona estable, se espera aprobación por parte del
consultor, no obstante se avala la ubicación de la
cimentación del eje A, autorizando al contratista iniciar con
las excavaciones de la cimentación, dado que los diseños
no presentan cambios considerables en la estructura de
zapatas y dados de anclaje.



Residente de Obra



Interventoría

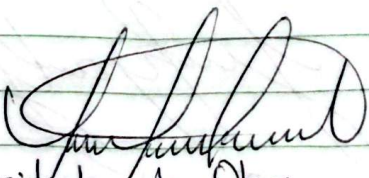
Fecha: 06 de Febrero 2026 Clima: Soleado

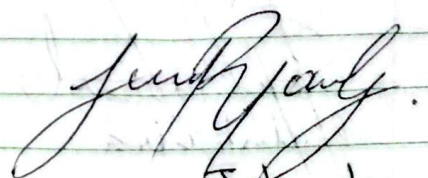
Día: Viernes.

Personal en Obra: Un residente de obra - un residente de interventoría
un maestro - dos ayudantes - un operador de
retroexcavadora.

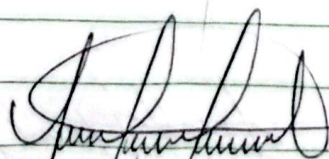
Equipo y herramienta: Herramienta menor - planta eléctrica - tronadora
Sierra de madera

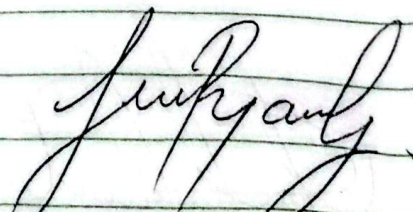
Actividades ejecutadas: Se culminan excavaciones mecánicas
en el dado de anclaje Eje B y se realiza perfilación
manual en el dado de anclaje Eje B, se inician excavaciones
en la zona de cimentación del Eje A, realizando el descapote
mecánico de la zapata y el dado de anclaje.


Residente de Obra


Interventoría

- Fecha: 07 de Febrero 2026 clima: Soleado
- Día: Sábado
- Personal en Obra: Un maestro - dos ayudantes - un operador
un residente de obra
un residente de interventoría.
- Equipo y herramienta: tractora - sierra - planta eléctrica y
herramienta menor.
- Actividades ejecutadas: Se culmina excavación mecánica eje A
en zapata y se avanza en excavación mecánica dado
de cimentación, de igual forma se avanza con la
perfilación manual de la excavación de la zapata del
Eje A.


Residente Obra


Interventoría

Fecha = 09 de Febrero 2026 Clima = Soleado

Día = Lunes

Personal en Obra = Un residente de obra - un residente interventor
un maestro de obra
dos ayudantes y un operador

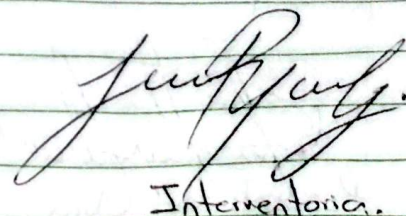
Equipo y herramienta = Mezcladora - tronzadora - sierra de madera - planta eléctrica - herramienta menor - retroexcavadora tipo paipita

Actividades ejecutadas: Durante esta jornada se recibe en obra materiales entre ellos acero de refuerzo, alambre de amarre rajón, cemento y equipos entre ellos una mezcladora de concreto en buenas condiciones.

Se culminan las excavaciones en el Eje A y se procede con la fundida del concreto ciclópedo en la zapata del eje B.

Se realiza charla por parte del encargado SST sobre: "Manejo y clasificación de residuos"


Residente obra


Interventor.

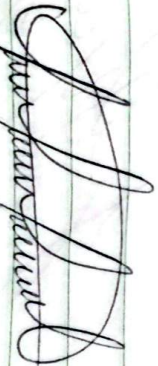
Fecha = 10 de Febrero 2026. Clima = Sdeado

Día = Martes

Personal en Obra = Un maestro y dos ayudantes
un residente de obra
un residente de interventoria.

Equipo y herramienta = Mezcladora - Sierra mediana - frontadora
planta eléctrica - Herramienta menor.

Actividades a ejecutadas: Se realiza reunión en obra, donde participan contratista, interventoría y consultor de obra y se avalan los diseños ajustados a una longitud de 39 metros y se verifica por parte del contratista de interventoria que dicha modificación genera un balance de cantidades pero no afecta financieramente el contrato de obra, con lo cual se finaliza la etapa de ajustes de diseños, se cita a reunión en Bucaramanga el día 13 de febrero para realizar el acta de modificatoria de cantidades.


Residente de Obra


Interventoría

Fecha = 11 de Febrero 2026. Clima = Soleado

Día = miércoles

Personal en Obra = Un residente de Obra

Un residente de interventoría

Un maestro y dos ayudantes

Equipo y herramienta = tronzadora - Sierra de madera - planta eléctrica metadora - Herramienta menor.

Actividades ejecutadas = Durante esta jornada se inicia con la A el figuredo y amane del acero de refuerzo para la estructura del eje B, también se realiza el vaciado del concreto cicloped para la base de la zapata del eje A.

Residente de obra

[Signature]

Interventoría

[Signature]

Fe: Fecha: 12 de Febrero

Clima: Soleado

Día: Jueves

Pe Personal en Obra: Un residente de Obra

Un residente interentona

Un maestro y dos ayudantes

Eo Equipo y herramienta: Herramienta - Sierra de madera - 1 planta eléctrica

herramienta menor y mezcladora

Ac Actividades a ejecutadas: Durante esta jornada se

continua con el amare del acero de la estir

del eje B y con la instalación de pomaleta

Para el vaciado de la zapata del eje B.

Residente de Obra.

Interentona